



Postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Adriana Janošková**
Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Roudná





Societal Attitudes Towards Persons with Physical Diseases

Bachelor thesis

Study programme: B7506 – Special Education
Study branch: 7506R029 – Special Education for Educators
Author: **Adriana Janošková**
Supervisor: Mgr. Pavlína Roudná



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adriana Janošková**
Osobní číslo: **P11000058**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Zjistit, jaké postoje zaujímá společnost k osobám s tělesným postižením, zda jsou pozitivní či negativní. Zjistit názory a postoje veřejnosti k integraci tělesně postižených osob a k úrovni péče o ně.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KÁBELE, F., aj., 1993. Somatopedie. 1. vyd. Praha: UK. ISBN 80-7066-533-5.

KRACÍK, J., 1983. Kapitoly ze somatopedie: Socializace tělesně postižených jedinců. 1. vyd. Praha: SPN.

MICHALÍK, J., 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, L., 2002. Kapitoly ze základů speciální pedagogiky - Somatopedie. 1. vyd. Liberec: TUL. ISBN 80-7083-563-X.

NOVOSAD, L., 2011. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

VÍTKOVÁ, M., 2006. Somatopedické aspekty. 2. rožš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavlína Roudná

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **2. dubna 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **25. dubna 2014**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2013

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 10.10.2015

Podpis:



PODĚKOVÁNÍ

Za odborné vedení, vstřícnost a poskytnutí cenných rad autorka velice děkuje Mgr. Pavlíně Roudné. Dále děkuje své rodině a přátelům za trpělivost a podporu při studiu.

Název bakalářské práce: Postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením

Jméno a příjmení autora: Adriana Janošková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2014/2015

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Pavlína Roudná

Anotace

Tématem bakalářská práce je postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením. Bakalářská práce je dělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje definici tělesného postižení a jeho další klasifikaci. Dále jsou zde popsány důsledky tělesného postižení na sociální postavení a psychiku osob s tělesným postižením. Tato část se dále věnuje socializaci, včetně jejich stupňů, a především je zde nastíněn postoj společnosti v průběhu jejího vývoje až do dnes.

Empirická část je věnována výzkumu postojů společnosti k jedincům s tělesným postižením. Průzkum byl uskutečněn metodou nestandardizovaného dotazníku, který byl předložen náhodnému vzorku obyvatel České republiky. Otázky byly zaměřeny především na postoj společnosti k integraci osob s tělesným postižením do společnosti a také na informovanost společnosti o životě a potřebách výše zmíněných osob. Výsledky výzkumného šetření byly graficky zpracovány a opatřeny stručným komentářem.

Klíčová slova: tělesné postižení, postoj společnosti, socializace.

Title: Societal Attitudes Towards Persons with Physical Diseases

Author: Adriana Janošková

Academic Year of Submission: 2014/2015

Supervisor: Mgr. Pavlína Roudná

Annotation

The topic of this bachelor's thesis deals with the attitude of society towards physically disabled persons.

The thesis is divided into two parts – theoretical and empirical.

The theoretical part is focused on the definition of physical disability and its further classification.

It describes the impact of physical disabilities on social status and psyche of disabled persons. This part focuses on socialization including its grades and mainly there is outlined the development of society's attitude to handicapped individuals up to the present.

The empirical part is focused on research of the society's attitudes towards physically handicapped.

The survey was realized by the method of no – structured questionnaire , the data were collected from random sample of inhabitants of the Czech republic. The questions were concentrated primarily on society's attitude towards integration of disabled persons to society and on society's awareness of lives and needs of the above mentioned persons. The results of this research were graphically elaborated and were supplemented with brief comment.

Key words: physical disability, attitude of society, socialization.

Obsah

Seznam grafů.....	11
Seznam tabulek.....	12
Seznam použitých symbolů a zkratk.....	13
Úvod.....	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 Definice tělesného postižení.....	16
2 Typologie tělesného postižení.....	17
2.1 Obrny centrální a periferní.....	17
2.1.1 Dětská mozková obrna.....	18
2.1.2 Infekční obrna (poliomyelitis).....	19
2.1.3 Mozkové záněty, mozkové nádory, mozkové příhody.....	20
2.1.4 Roztroušená skleróza mozkomíšní (sklerosis multiplex).....	20
2.1.5 Parkinsonova choroba.....	21
2.1.6 Degenerativní mozková onemocnění.....	21
2.1.7 Traumatické obrny.....	21
2.2 Deformace a malformace.....	22
2.2.1 Získané vady.....	22
2.2.2 Vrozené vady.....	25
2.3 Amputace.....	26
3 Důsledky tělesného postižení	27
3.1 Vrozené tělesné postižení.....	27
3.2 Získané tělesné postižení.....	28
4 Socializace osob s TP.....	29
5 Postoj společnosti k jedincům s TP.....	31

5.1 Vývojová stádia péče o defektní osoby dle Sováka:	31
5.1.1 Stadium represivní	31
5.1.2 Stadium zotročování	31
5.1.3 Stadium charitativní	31
5.1.4 Stadium renesančního humanismu	32
5.1.5 Stadium rehabilitační	32
5.1.6 Stadium socializační	32
5.1.7 Stadium prevenční	32
5.2 Péče o TP od konce 19. až do konce 20. st.	33
5.3 Změna terminologie v průběhu 20. století	34
5.4 Současné postavení jedinců s TP ve společnosti	34
5.5 Předsudky a mýty	36
5.5.1 Paternalistické a podceňující předsudky	36
5.5.2 Odmítavé a degradující předsudky	36
5.5.3 Protektivně-paušalizující předsudky	36
5.5.4 Idealizující (heroizující) předsudky	36
EMPIRICKÁ ČÁST	38
6 Cíl, výzkumné otázky a hypotézy bakalářské práce	38
6.1 Stanovené hypotézy	38
6.2 Použité metody	38
6.2.1 Dotazník	38
6.3 Popis výzkumného vzorku	39
7 Vyhodnocení dotazníkového výzkumu	40
7.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz	65
Závěr	66

Seznam použitých zdrojů.....	68
Seznam příloh.....	69

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	35
Graf 2: Věk respondentů.....	36
Graf 3: Nejvyšší ukončené vzdělání.....	37
Graf 4: Povolání respondentů.....	38
Graf 5: Bydliště respondentů.....	39
Graf 6: Negativní pocity.....	42
Graf 7: Pomoc osobě s TP.....	43
Graf 8: Pravidelný kontakt s člověkem s TP.....	44
Graf 9: Přátelský vztah.....	45
Graf 10: Partnerský vztah s člověkem s TP.....	46
Graf 11: Začleňování osob s TP do společnosti.....	47
Graf 12: Právo na potomka.....	49
Graf 13: Podstoupení interrupce.....	50
Graf 14: Informovanost o životě a potřebách lidí s TP.....	51
Graf 15: Zdroj informací o lidech s TP.....	53
Graf 16: Úroveň péče o osoby s TP v ČR.....	54
Graf 17: Postoj společnosti k lidem s TP.....	55
Graf 18: Přístup osob s TP na veřejné akce.....	56
Graf 19: Diskriminace osob s TP.....	57
Graf 20: Názor na sbírky a charitativní akce.....	59

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví respondentů.....	35
Tabulka 2: Věk respondentů.....	36
Tabulka 3: Nejvyšší ukončené vzdělání.....	37
Tabulka 4: Povolání respondentů.....	38
Tabulka 5: Bydliště dle pohlaví a věkové kategorie.....	39
Tabulka 6: Zkušenosti s lidmi s TP.....	40
Tabulka 7: Pocity při setkání s osobou s TP.....	41
Tabulka 8: Negativní pocity dle pohlaví a věkové kategorie.....	42
Tabulka 9: Pomoc dle bydliště a pohlaví.....	43
Tabulka 10: Pravidelný kontakt dle bydliště a pohlaví.....	44
Tabulka 11: Přátelský vztah dle bydliště a pohlaví.....	45
Tabulka 12: Partnerský vztah s člověkem s TP.....	46
Tabulka 13: Začleňování osob s TP do společnosti dle bydliště.....	47
Tabulka 14: Negativní vliv integrace.....	48
Tabulka 15: Právo na potomka.....	49
Tabulka 16: Podstoupení interrupce.....	50
Tabulka 17: Informovanost o životě a potřebách lidí s TP.....	51
Tabulka 18: Zdroj informací o lidech s TP.....	52
Tabulka 19: Úroveň péče o osoby s TP v ČR.....	54
Tabulka 20: Postoj společnosti k lidem s TP.....	55
Tabulka 21: Přístup osob s TP na veřejné akce.....	56
Tabulka 22: Diskriminace osob s TP.....	57
Tabulka 23: Očekávání lidí s TP od společnosti.....	58
Tabulka 24: Názor na sbírky a charitativní akce.....	59

Seznam použitých symbolů a zkratek

CNS	centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DMO	dětská mozková obrna
M	muž
st.	století
TP	tělesné postižení
Ž	žena

Úvod

Předmětem této práce jsou osoby s tělesným postižením a to jak na ně nahlíží majoritní společnost. Autorka se před rokem účastnila velmi zajímavé akce, jejímž cílem bylo putovat a trávit čas s lidmi s tělesným postižením, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík. Této týdenní dobrovolnické akce se účastnilo přibližně 30 osob s tělesným postižením a dalších 60 osob, které jim nahrazovaly nohy a ruce, ale získávaly zpět mnohem více. Autorka po dobu putování pozorovala reakce okolí, které byly velmi různorodé. Proto se rozhodla zaměřit svou práci právě na zjištění postojů majoritní společnosti na jedince s tělesným postižením.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje definici tělesného postižení a dalších pojmů spojených s danou problematikou. Následuje klasifikace tělesných postižení od vrozených, včetně dědičných, až po tělesné postižení získané.

Další kapitola je zaměřena na důsledky tělesného postižení. Především nastiňuje sociální postavení a rozdílnou psychiku u osob s tělesným postižením vrozeným a získaným. S tím souvisí i další kapitola, věnovaná socializaci osob s tělesným postižením do společnosti a jejími stupni.

Poslední kapitola je věnována samotnému postoji společnosti. Zmíněny jsou zde stádia péče o osoby s postižením dle Sováka, velký rozmach budování ústavů od konce 19. st do konce století 20. a nastíněno je také současné postavení osob s tělesným postižením ve společnosti. Teoretická část bakalářské práce končí částečným výčtem předsudků a mýtů o lidech s tělesným postižením.

Praktická část bakalářské práce se zabývá výzkumem postojů společnosti k jedincům s tělesným postižením. Majoritní společnost si mnohdy neuvědomuje, jaký život vedou osoby s tělesným postižením. Mylné představy nebo zkreslené zprávy hrnoucí se z médií často ovlivňují názor na osoby s tělesným postižením. Výzkum je tedy zaměřen na zmapování postojů, názorů a vztahů, vůči osobám s tělesným postižením.

Otázky se týkají názorů na začlenění osob s tělesným postižením do škol, kulturních akcí, zaměstnání apod. Dalším zkoumaným tématem je informovanost o životě a potřebách lidí s tělesným postižením. Respondenti posuzují míru vlastní informovanosti a ur-

čují nejčastější zdroje, ze který informace získávají. Dále jsou otázky zaměřeny na posouzení postojů celé společnosti, očekávání osob s tělesným postižením a na otázku možné diskriminace těchto osob.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice tělesného postižení

Pro definování tělesného postižení je důležité uvědomit si a definovat ten obor speciální pedagogiky, z něhož vycházíme, tedy somatopedii. Už samo slovo somatopedie, vytvořené z řeckých slov soma (tělo) a paideia (výchova), nám napovídá. Jedná se o vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním tělesně a zdravotně postižené mládeže.

Název somatopedie vychází, stejně jako názvy ostatních oborů speciální pedagogiky, z jednoho z významných děl Jana Amose Komenského, které nazval Pampaedie (Vševýchova). Jedná se však o jeden z mladších oborů speciální pedagogiky. Důvodem je názor, že u tělesně a zdravotně postižených jedinců se neobjevuje rozumové a smyslové postižení v takovém rozsahu a četnosti, jako u jedinců se zrakovým či sluchovým postižením.¹

Od definice somatopedie se dále odvíjí i vymezení tělesného a zdravotního postižení. Hovoříme tedy o dlouhodobém nebo trvalém stavu, charakteristickém orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň výrazně zmírnit. Je postižena jedna nebo více oblastí obvyklého fungování člověka, což má za následek negativní ovlivnění mnoha stránek života a značné omezení možností postiženého.²

S tělesným postižením souvisí také pojmy vada neboli poškození, omezení nebo také snížení výkonu, tedy kvantitativní omezení a kvalitativní změny pohybového výkonu, vzhledem k výkonu běžnému pro danou věkovou kategorii. Nesmíme však opomenout postižení, které je definováno jako *trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztížená sociální interakce, neúplné nebo chybějící přebírání společenských rolí, které odpovídají věku a pohlaví*.³

1 KÁBELE, F., aj., 1993. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: UK. s. 7. ISBN 80-7066-533-5.

2 MICHALÍK, J., aj., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 186. ISBN 978-80-7367-859-3.

3 VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. s. 20. ISBN 80-7315-134-0.

2 Typologie tělesného postižení

V odborné literatuře se setkáváme s různým členěním tělesného postižení v závislosti na použitých kritériích. Dle doby vzniku dělíme tělesné postižení na vrozené (včetně dědičných) a získané. Dle postižené části těla jsou to obrny centrální a periferní, deformace, malformace a amputace. U všech tělesných postižení můžeme určit stupeň závažnosti.

2.1 Obrny centrální a periferní

Původ těchto poruch hybnosti je v poškození centrální (mozek a mícha) a periferní nervové soustavy (obvodové nervstvo). K poškození dochází především v prenatálním, perinatálním či začátkem postnatálního vývoje. V pozdějším vývoji vzniká vlivem nemoci, patologických organických změn a po úrazech.⁴

Podle intenzity se obrny dělí na parézy a plegie:

- **Paréza** je částečné ochrnutí s narušením nervosvalového přenosu a snížením či omezením hybnosti i motorické koordinace.
- **Plegie** je úplné ochrnutí s narušením zásobování nervovými vlákny a plnou ztrátou hybnosti.⁵

Dále obrny dělíme dle lokalizace:

- **Kvadruparetická** (kvadruplegická) forma postihuje všechny čtyři končetiny (obrna je částečná nebo úplná), méně častým jevem je zasažení obličeje, dýchacích svalů apod.
- **Diparetická** (diplegická) forma postihuje funkce obou dolních končetin, vzácněji může ovlivnit i horní končetiny.
- **Hemiparetická** (hemiplegická), při níž je zasažena pravá nebo levá polovina těla, zejména končetiny, může se projevit i na příslušné polovině obličeje.⁶

4 NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 123–124. ISBN 978-80-7367-873-9.

5 NOVOSAD, L., 2002. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – Somatopedie*. 1.vyd. Liberec: TU. s. 22. ISBN 80-7083-563-X.

6 VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 41.

OBRNY CENTRÁLNÍ

2.1.1 Dětská mozková obrna

Jedná se o závažné centrální postižení, které je vrozené. Příčiny postižení se liší dle vývojového období. V prenatálním vývoji se jedná o asfyxie plodu, infekční onemocnění matky v raném stádiu těhotenství, užívání nevhodných farmak, kouření, požívání alkoholu, drog a nesprávnou životosprávu. Období perinatální s sebou nese rizika zejména při předčasném, dlouhotrvajícím, překotném nebo nesprávně vedeném porodu (zmáčknutí hlavičky nebo přidušení dítěte v jeho průběhu), v mnoha případech dochází i ke kombinaci více faktorů. Poslední rizikové období je časně postnatální, kdy nejčastějšími faktory jsou úrazy hlavy, infekce, dušení, otravy, novorozenecká žloutenka při nekompatibilitě Rh faktoru a další okolnosti při kterých může dojít k poškození mozkové tkáně.⁷

Novosad⁸ uvádí, že u dětské mozkové obrny (dále jen DMO) *dominují poruchy svalového napětí, hybnosti a koordinace pohybů s patrnou disharmonií motorického vývoje*. Vítková⁹ s dominancí poruch motoriky souhlasí, avšak nevylučuje ani postižení smyslových funkcí či různé mentální defekty. Typickým znakem DMO je tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost, neklid a s nimi spojená nesoustředěnost, těkavost, dále také překotné až impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy duševní výkonnosti, také opožděný vývoj řeči a vady řeči.

DMO se dělí na formu spastickou a nespastickou:

- Spastická forma je charakteristická abnormálně zvýšeným svalovým napětím. Dále se člení dle lokalizace, stejně jako obrny obecně, na diparézy, hemiparézy a kvadruparézy.
- Nespastická forma je naopak charakteristická sníženým svalovým napětím, tedy ochablostí. Příkladem nespastické formy DMO je hypotonie s typickou ochablostí svalů a abnormálním rozsahem pohybu ve velkých kloubech. K této formě bývá přidružena mentální a psychomotorická retardace. Hypotonie v některých

⁷ MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 198.

⁸ NOVOSAD, L., 2011. s. 125.

⁹ VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 42.

případech po dozrání mozku (zpravidla kolem třetího roku) přechází ve spastickou nebo dyskinetickou formu. Hybnost u dyskinetické (extrapyramidové) formy nenarušuje obrna, ale vůlí nepotlačitelné pohyby. Charakteristická je atetóza, což jsou *pomalé hadovitě pohyby končetin i trupu se stáčením hlavy a grimasováním*.¹⁰ Příznaky atetózy mohou vyvolávat mylný dojem přítomnosti mentální retardace, avšak Michalík¹¹ upozorňuje, že mentální retardace nemusí být vždy přidružena.

Znaky, projevy a důsledky uvedených forem DMO se mohou překrývat a kombinovat, především kvůli mnoha choroboplodným vlivům, které působí na celou centrální nervovou soustavu (dále jen CNS).¹²

2.1.2 Infekční obrna (*poliomyelitis*)

Výskyt této infekční nemoci byl ve dřívějších dobách hojný, avšak od roku 1958 dochází na území České republiky (dále jen ČR) k očkování Sabinovou vakcínou, od té doby se u nás nové případy neobjevily.¹³ Michalík¹⁴ toto tvrzení doplňuje o fakt, že se tato nemoc – kvůli změnám v preventivním očkování dětí a migraci ze zemí, kde očkování nebylo prováděno – nyní může opět vyskytovat i na našem území.

Příčinou nemoci je vir, který způsobuje záněty míšních nervových buněk. Pokud jsou tyto buňky zcela zničeny, dochází k nenapravitelnému poškození. V případě, že jsou buňky poškozeny, nebo působením zánětu pouze stlačeny, mohou se opět zotavit.¹⁵

Infekční obrna probíhá ve dvou fázích. První fáze připomíná chřipkovou infekci, poté však nastupují horečky s příznaky podráždění mozkových blan, což vyvolává ochrnutí svalů na končetinách.

Onemocnění, které postihuje nejčastěji děti v předškolním věku a zanechává trvalé, v mnoha případech i velmi těžké následky, intelekt nepoškozuje, dodává Vítková.¹⁶

10 NOVOSAD, L., 2002. s. 23.

11 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 199.

12 *Ibid.*, s. 199

13 VÍTKOVÁ, M., 1998. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: MU. s. 22. ISBN 80-210-1953-0.

14 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 200.

15 KÁBELE, F., aj., 1993. s. 70.

16 VÍTKOVÁ, M., 1998. s. 22.

2.1.3 Mozkové záněty, mozkové nádory, mozkové příhody

Mozkové záněty (encephalitis) tvoří velmi závažnou skupinu, která je nejčastěji vyvolána mikrobiálními činiteli a má dvě fáze. První fází je vnik mikrobu do krve, což vyvolá příznaky podobné chřipce, které jsou doprovázené horečkou, bolestí hlavy a nechutenstvím. Po chvilkovém zlepšení nastupují vysoké teploty, třes a ochrnutí končetin. Častým jevem jsou epileptické záchvaty. Tyto příznaky většinou po odeznění nemoci vymizí.¹⁷

Mozkové nádory (tumor cerebri), na rozdíl od mozkových zánětů, v některých případech zanechávají následky v oblasti pohybu nebo řeči, kdy se spíše jedná o afázii (ztráta řeči při orgánovém poškození mozku). V případě afázie senzorické postižený slyší, vidí, ale nerozumí. Při afázii motorické rozumí obsahu sdělení, ale neví, jak odpovědět. Může dojít i ke kombinaci obou forem, kdy postižený nerozumí, ani nemůže mluvit. Vzhledem k organickému poškození mozku může být přidružena i epilepsie.¹⁸

Mozkové příhody (ictus apoplecticus cerebri) vznikají u mozkových embolií (embolia cerebri), způsobených nedokrevnostmi části mozku a zaklíněním embolu, což vede k odumření mozkové tkáně, nebo při krvácení do mozku. Dochází tedy k hemiparéze či hemiplegii. Mozkové příhody postihují většinou jedince staršího věku,¹⁹ Michalík²⁰ však dodává, že v současné době se zvyšuje výskyt i u mladší populace. Příčinou může být neléčený vysoký krevní tlak, špatná životospráva, přetěžování fyzické i psychické, drogová závislost, vrozená křehkost cévních stěn apod.

2.1.4 Roztroušená skleróza mozkomíšní (sklerosis multiplex)

Onemocnění CNS s poruchou přenosu nervových impulzů uvnitř CNS a k jednotlivým tělesným orgánům a končetinám. Toto onemocnění je vyvolané poškozením nebo dokonce rozkladem obalů nervových vláken. Zasažení konkrétní části těla závisí na lokalizaci nervového poškození. Dochází k poruchám rovnováhy, chůze, dechu, zraku, řeči, vyměšování, obrnám končetin apod.

17 PIPEKOVÁ, J., 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. s.186. ISBN 80-85931-65-6.

18 VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 47.

19 PIPEKOVÁ, J., 1998. s. 186.

20 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 202.

Předpokládá se, že jde o jistou formu autoimunitní agrese, avšak původ onemocnění nelze jednoznačně určit. Střídají se vlny remise (přechodné vymizení příznaků nemoci) s prudkým zhoršením stavu. V současné době léčba roztroušené sklerózy neexistuje, lékaři se zaměřují na zpomalení rozvoje, zmírnění obtíží a posílení obranyschopnosti organismu. V pokročilejším stádiu se objevují duševní poruchy.²¹

2.1.5 Parkinsonova choroba

Typickými projevy jsou třes, svalová ztuhlost, omezená pohybová aktivita a mimika. Parkinsonova choroba může vést až ke ztrátě pohybových automatismů, problémům s řečí, rovnováhou a chůzí. Příčinou bývá porucha metabolismu některých látek v mozku.²²

2.1.6 Degenerativní mozková onemocnění

Tato onemocnění jsou způsobena rozpadem nebo úplným zánikem mozkových buněk a nervových vláken v nervových drahách. Začátek je pozvolný, plíživý, poté se postupně projevují rozsáhlé potíže v motorice i jiných oblastech, které často následují poruchy psychiky. Příkladem je mozečková heredoataxie (Senator-Marieova choroba), provázená poruchami svalového tonusu, koordinace a rovnováhy (způsobené poškozením mozečku), atrofie zrakových nervů, řečové poruchy, postupné ubývání psychických schopností vedoucí k presenilní demenci. Podobný průběh má i dědičné degenerativní onemocnění mozku známé jako Huntingtonova nemoc, která se projevuje v dospělosti, kdy narušuje řízení pohybu s postupným nástupem demence.²³

2.1.7 Traumatické obrny

Příčinou vzniku traumatických obrn jsou úrazy mozku nebo míchy.

Úrazy hlavy mohou být otevřené nebo uzavřené. Mezi nejlehčí úrazy hlavy řadíme otřes mozku (komoce), který dělíme na lehký, střední a těžký, dále stlačení mozku (komprese) a nejtěžší zhmoždění mozku (kontuze – contusio cerebri). Příznaky se nemusí projevit bezprostředně po úrazu hlavy, proto je třeba vždy vyhledat lékařskou pomoc.

21 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 201.

22 *Ibid.* s. 201.

23 NOVOSAD, L., 2002. s. 25.

Následky zranění jsou závislé na rozsahu poškození, časovém úseku, který uplynul do ošetření, věku, ve kterém se úraz stal a částí mozku, která byla poškozena.²⁴

Poranění míchy vzniká především při luxaci nebo zlomenině páteře, při krvácení do míchy nebo zúžením míšního kanálu vlivem zranění. Rozlišujeme otřes, stlačení, zhmoždění a nejtěžší přerušeni míchy. U prvních tří stupňů může dojít k částečné nápravě, následky přerušeni míchy jsou nevratné. Následky zranění závisí na místě a velikosti poranění a na prostornosti páteřního kanálku, který má vliv na pohyblivost míchy.²⁵

OBRNY PERIFERNÍ

Postiženy bývají jednotlivé orgánové periferie (končetiny, svaly, obličej apod.), jsou následkem hlubších poranění, zánětů, úrazů a otevřených zlomenin, následkem poškození při operaci či léčbě, některých nervosvalových i jiných onemocněních.²⁶ Obrna dané periferie může být částečná (např. paréza končetiny, která pracuje nedokonale, ale je možné zlepšení) nebo úplná (např. plegie končetiny, která jen visí – končetina je nehybná, dochází k atrofii svalstva).²⁷

2.2 Deformace a malformace

Deformace můžeme rozdělit na skupinu získaných a vrozených vad.

2.2.1 Získané vady

Mezi získané se řadí zejména vady, které vznikají nesprávných držení těla, projevující se buď změnami v zakřivení páteře nebo labilním držení těla. Deformity se vyznačují trvalostí a stálostí.²⁸

Získané vady se dále dělí na:

- **Deformace páteře** se mohou objevovat v rovině sagitální (předozadní rovina těla), tedy lordózy a kyfózy. Častější jsou však v rovině frontální (čelní), bočná vychýlení od středové osy známé jako skoliózy. Dále se dělí na krční, hrudní a

24 VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 48.

25 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 203.

26 NOVOSAD, L., 2011. s. 126.

27 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 205.

28 PIPEKOVÁ, J., 1998. s. 187.

bederní a podle typu na C (vybočení vlevo), D (vybočení vpravo), S (skolióza složená).

- **Vadné držení těla** mohou zapříčinit vnitřní faktory ve fyziologii, příkladem jsou dědičné vlivy, růstové a konstituční odchylky, nesprávná výživa a nerovnoměrný růst dítěte nebo vnější faktory, jako je předčasné posazování kojence, nedostatek pohybu, obezita, jednostranný pohyb, nesprávná výška nábytku nebo předčasná sportovní specializace, které jsou způsobeny prostředím.²⁹ Uvedené změny v zakřivení páteře, kombinované se svalovými změnami, mohou vést k pohybovým a dechovým obtížím a bolestem hlavy. Sekundárně mohou negativně ovlivnit činnost vnitřních orgánů.³⁰
- Četnou skupinu pohybových vad tvoří **nesprávný vývoj kyčelního kloubu**, který může být jednostranný nebo oboustranný. Příčinou je nedostatečný vývoj kyčelního kloubu popřípadě jeho luxace (úplné vykloubení) nebo subluxace (částečné vykloubení). V ČR je kladen velký důraz na prevenci a včasné zjištění vady, proto jsou všechny děti do 6 týdnů vyšetřovány ultrazvukem. Léčba nastupuje bezprostředně po zjištění vady. Probíhá pomalu a nenásilně nastavením dolních končetin do vhodné polohy tak, aby se hlavička dostala do kloubní jamky.³¹
- **Svalová hypertrofie a myopatie**, což je poškození nebo atrofie motorického (příčně pruhovaného) svalstva. Příčinou může být poranění, nečinnost, přetěžování apod. Regenerace je možná pouze v případě, kdy nedojde k poškození svalových a nervových vláken.

Progresivní svalová dystrofie (myopatie) je příkladem nevratných svalových změn, kdy dochází k rozpadu a přeměně svalové hmoty ve vazivovou a tukovou tkáň, dochází k postupné ztrátě hybnosti. Příčina nelze určit, léčba se zaměřuje na zpomalení rozvoje nemoci, posílení organismu a zachování pohyblivosti.³² Vítková³³ uvádí dvě formy. První je forma postihující ramenní pletenec, při níž lopatky odstávají, ramena ční dopředu, mění se také výraz obličeje. Tato forma

29 VÍTKOVÁ, M., 1998. s. 32.

30 NOVOSAD, L., 2002. s. 28.

31 VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 58.

32 NOVOSAD, L., 2002. s. 28.

33 VÍTKOVÁ, M., 1998. s. 34.

postihující obě pohlaví mívá dobrou prognózu. Druhou je forma postihující pánevní pletenec, která je dědičná. Nejprve dochází k onemocnění pánevního svalstva, později i svalstva dolních končetin. Léčba je symptomatická, avšak při dlouhodobém užívání antibiotik je prokázáno zlepšení. Důležitou součástí léčby je rehabilitace. Specifickým případem je Duchennova svalová dystrofie, postihující chlapce, u které je prognóza nepříznivá.

Porucha nervosvalového přenosu je typická i pro *myastenii gravis*. Zprvu rychle nastupuje svalová únava, později svaly ochabují, což může vést až k neschopnosti pohybu. Postihuje mimo jiné i okohybné svaly, což způsobuje dvojité vidění, svaly mluvidel, vedoucí k poruchám řeči, dýchací a polykací svalstvo.³⁴

- **Aseptické kostní nekrózy**, při kterých důsledkem ohraničené poruchy cirkulace krve (narušení výživy kostí a kloubů), dochází zpravidla v kloubních spojích k nekróze (odumírání kosti). Dochází k odvápnění kosti, která se stává tvárnou a při nevhodném zatěžování se kost na daném místě zploští, deformuje.

Častým onemocněním dětí ve věku 5–12 let je *Parthesova nemoc*, což je aseptická nekróza hlavičky kyčelního kloubu, která je ve většině případech jednostranná. Příčinou poškození cév vyživující hlavičku bývá zatěžování nepřiměřené vývoji, nesprávná výživa, vrozené dispozice k cévním poruchám apod. Nejčastějšími projevy jsou bolesti dolních končetin, včetně pánve, což omezuje chůzi. V případě běžného zatížení postižené končetiny, u které nedošlo ke včasné diagnostice a léčbě, se může hlavička stehenní kosti deformovat nebo změnit povrch a strukturu, což vede k funkčnímu vyřazení kyčelního kloubu.³⁵ Vítková³⁶ podotýká, dojde-li ke včasné diagnostice a k dlouhodobé léčbě trvající až dva roky, kdy je dítěti nařízen klid na lůžku a chůze s oporou, aby nedocházelo k zatěžování nohy, může být tato nemoc bez následků.

- **Artritidy** jsou zánětlivá poškození pohybového aparátu, vedoucí k těžkému poškození kloubů a omezení hybnosti. Příkladem je polyarthritis progresiva, revmatoidní artritida nebo Bechtěrevova nemoc, což je zánětlivé onemocnění zejména páteře a některých velkých kloubů (ramenní, kyčelní). Příznakem jsou bo-

34 NOVOSAD, L., 2011. s. 127.

35 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 208.

36 VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 58, 59.

lesti v kříži, zádech, končetinách a v závažných případech může dojít k tuhnutí páteře (srůstům obratlů) až k úplnému ztuhnutí (ankylóze). Léčí se farmaky kombinovanými s léčebnou rehabilitací a fyzioterapií.³⁷

- **Artrózy a osteoartrózy** na rozdíl od artritid patří k nezáánětlivým degenerativním onemocněním, při kterém dochází k narušení povrchu a zhrubění kloubního tvaru, tvorbě kostních výrůstků na okrajích kostí a následné bolesti a omezení pohybu. Jednou z příčin je odvápnění kostí a poškození chrupavek i vazů. Další možná příčina může být v přetěžování hybného aparátu těžkou prací, výkonnostními sporty apod.³⁸

2.2.2 Vrozené vady

Vrozené vady zahrnují především malformace a amelie nebo dysmelie končetin.

Rozlišujeme:

- **amelie** – vrozené chybění celé končetiny,
- **peromelie** – vrozené chybění části paže (předloktí, ruka),
- **fokomelie** – malformované končetiny tvaru ploutve,
- **mikromelie** – celkové zmenšení končetiny,
- **syndaktylie** – spojení prstů,
- vrozené chybění dlouhých kostí a vývojové anomálie kloubů.³⁹

Nedostatek nebo naopak nadbytek růstového hormonu způsobuje proporcionální i orgánové deformity lidské postavy. Příkladem těchto deformit je akromegalie a nanismus, které způsobuje stejný hormon produkovaný hypofýzou, rozdíl je pouze v jeho množství.

Akromegalie je onemocnění, při kterém hypofýza produkuje růstový hormon i po ukončení růstu dlouhých kostí. V těle je ho přebytek, ale kosti již nejsou schopny se dál prodlužovat. Zvětšují se okrajové části těla jako je obličej, prsty, jazyk, brada apod. Vý-

37 NOVOSAD, L., 2011. s. 127, 128.

38 *Ibid.* s. 128.

39 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 205.

voj onemocnění je pomalý, jeho příčinou bývá nezhoubný nádor hypofýzy, který lze úspěšně operovat. V některých případech se může vyskytnout končetinová hypertrofie (obrovský růst končetiny nebo její části).

Nanismus neboli trpaslictví je naopak způsobeno nedostatkem růstového hormonu, což je důsledkem vrozené poruchy metabolismu, hormonální či genetické chromozomální poruchy. Lidé postižení touto chorobou jsou nápadně malého vzrůstu, u mužů se výška pohybuje kolem 145 cm, u žen 135cm.

Rozeznáváme:

- disproporcionální nanismus – nepoměr mezi malým vzrůstem a dlouhým trupem a velkou hlavou,
- hypofyzární nanismus – vzniká sníženou produkcí somatotropního hormonu před uzavřením růstových štěrbin, člověk postižený tímto druhem nanismu je malého vzrůstu, ale proporce těla jsou normální,
- nanismus při kretenismu – je způsoben sníženou funkcí štítné žlázy při těhotenství matky nebo v dětství, typická je pro něj porucha růstu, intelektu a funkce pohlavních žláz,
- nanismus u předčasné puberty – vzniká předčasným uzavěrem růstových štěrbin, podobá se fetální chondrodystrofii, což je vývojová porucha růstových chrupavek.⁴⁰

Dále do vrozených deformit můžeme řadit svalové kontraktury (zkrácení motorických svalů omezující pohybové schopnosti), vrozené skrčeniny (postihují úsek krční páteře i s příslušnými svaly), nejrůznější rozštěpy, vrozené luxace kloubů nebo změny struktury kostí apod.⁴¹

2.3 Amputace

Amputace většinou nevratné oddělení orgánu, nejčastěji končetin nebo jejích částí, od těla. Příčinou mohou být zhoubné nádory na končetinách, důsledky infekce spojené se sepsí, které nelze zvládnout jinak nebo úrazy, kdy k amputaci dojde přímo při úrazu

⁴⁰ MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 205, 206.

⁴¹ *Ibid.* s. 206.

nebo bezprostředně po něm. Další příčinou může být cévní onemocnění například Búrgero-va-Winiwarterova choroba, při které dochází k akutnímu zánětu žil a tepen, což vede k postupující trombóze. Zprvu postižený pociťuje bolest při pohybu, poté i v klidu, vede až k amputaci končetiny.⁴² Amputovaná končetina nebo její část může být ve většině případů kompenzována protézami. Úprava pahýlu, výběr a nácvik používání protéz je provázena dlouhodobým procesem. Sekundárním dopadem amputací je přetěžování zbývajících končetin, páteře, bolesti v pahýlu, včetně fantomových bolestí, stížená samoobsluha a mnoho dalších. Nutno podotknout, že ani nejdokonalejší protéza plně nenahradí funkci amputované končetiny.⁴³

3 Důsledky tělesného postižení

Vývoj osobnosti je podmíněn řadou vnitřních (genetická výbava) i vnějších faktorů (prostředí, působení rodiny), do nichž může patřit i tělesné postižení (dále jen TP). V takových případech je podstatným faktorem doba, kdy k postižení došlo, tedy zda se jedinec s postižením již narodil nebo vzniklo v průběhu života, nejčastěji v produktivním věku.

3.1 Vrozené tělesné postižení

Sociální postavení a psychika člověka s vrozeným (nebo časně získaným) postižením se vyvíjí odlišným způsobem než u lidí, kteří změnou zdravotního stavu prošli až v průběhu života. Neznamená to však, že člověk s vrozeným postižením je na tom z psychologického hlediska lépe, pouze má více času na adaptaci, vytyčení cílů, přizpůsobení si získávaných schopností a dovedností. Nesmíme však zapomenout, že i přes dostatečnou podporu a mnoho úspěchů se může dostavit zklamání, či dokonce krize.⁴⁴

Dítě, kvůli svému postižení, nemá zkušenosti běžné populace, proto je nezbytné je nahrazovat a doplňovat. Dalším úskalím, které se může vyskytnout právě kvůli TP je nerovnoměrný vývoj jedince, který však nemusí nezbytně znamenat nižší mentální úroveň.⁴⁵

⁴² VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 65.

⁴³ MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 210.

⁴⁴ NOVOSAD, L., 2011. s. 112–114.

⁴⁵ VOTAVA, J., aj., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. s. 150. ISBN 80-246-0708-5.

3.2 Získané tělesné postižení

Lidé, kteří se s TP nenarodili, museli čelit v průběhu života náhlé změně zdravotního stavu i sociálního statusu. Nemají možnost adaptovat se postupně, jsou pod psychickým tlakem nemoci či úrazu a jejich léčby, která v určitých případech vede k získanému postižení. Musí se vyrovnat se značným zásahem do života, především s omezením aktivit a příležitostí, což se negativně promítne do všech jeho stránek (sociální, osobní, rodinné, profesní). Důsledkem může být i rozpad rodiny nebo ztráta existenčního zajištění.

Zda se člověk se svým postižením vyrovná a jaké míry začlenění bude schopen vždy záleží na osobnosti postiženého člověka, jeho zázemí, závažnosti jeho stavu, perspektivách a schopnosti adaptace.⁴⁶

Postižený jedinec však není jedinou osobou, která se s postižením musí vyrovnat. Psychickou zátěž pociťují i členové rodiny či jiné blízké osoby, jejichž reakce a jednání v těchto krizových chvílích působí na psychiku postiženého. Extrémním příkladem se může stát rozhodnutí rodiny umístit dítě do ústavu, především v raném dětství.⁴⁷

Votava⁴⁸ upozorňuje, že tělesné postižení s sebou nemusí nést pouze negativní faktory, ale může být i příčinou nashromáždění všech sil na překonání důsledků, plynoucích z postižení. Může být také podnětem k přehodnocení a změně životních postojů a to nejen u osob s postižením, ale i u jejich blízkých.

Průběh fází při zjištění postižení:

- **Počáteční šok**, jehož důsledkem může být agresivní reakce, především slovní agrese nebo agrese zaměřená na konkrétní osoby nebo věci, která zahrnuje hledání viníka. Objevuje se také pasivita, jako reakce na počáteční šok.
- **Deprese** neboli hluboký smutek. Tento stav je vyvolán současnou situací a také ztrátami, které postižení vyvolalo. Deprese brání v rehabilitačním procesu a může vést až k suicidálním (sebevražedným) tendencím.

46 NOVOSAD, L., 2011. s. 114–116.

47 VOTAVA, J., aj., 2003. s.148

48 *Ibid.* s. 148.

- Ve fázi **popření reality** se postižený brání rozhovoru o nastalé situaci a věří v plné uzdravení a navrácení všech schopností, byť je tato možnost nereálná. V této fázi často dochází k izolaci vůči okolí. Může však dojít k racionalizaci, tedy logické interpretaci příčin, která může, ale také nemusí být prospěšná.
- **Regrese** je fáze, při které se postižený staví do role mladší, závislé osoby. Jedinec o sebe nechá pečovat, rozhodovat a plánovat své okolí.
- Fáze **smlouvání** nastává ve chvíli, kdy je jedinec již schopen postižení přijmout jako realitu, avšak ne se všemi důsledky. Jedná se o částečné přijetí, kdy vyžaduje jisté ústupky ve formě dílčího zlepšení postižení.
- Poslední fází je **přijetí** reality, ve které je postižení chápáno jako výzva k překonávání překážek a vytyčení nových cílů, společenských rolí apod.⁴⁹

4 Socializace osob s TP

Společenské prostředí poskytuje lidem základní životní návyky, orientaci ve společenských hodnotách, pomáhá s diferenciací vztahů, sociálních rolí apod. Společnost je tím, kdo utváří osobnost jedince a přetváří ho z biologické bytosti na bytost společenskou.⁵⁰

Sovák⁵¹ definuje socializaci jako proces, který díky speciálně pedagogickým prostředkům, umožňuje začlenění do společnosti nejvhodnějším způsobem a v nejkratším možném čase. To s sebou nese i vytváření podmínek pro seberealizaci, která vede ke zmírnění nebo úplnému odstranění následků TP.

Kracík⁵² vyzdvihuje důležitost sociálních rolí pro osoby s tělesným postižením. Jejich role by se měly co nejvíce podobat rolím majoritní společnosti, čímž můžeme dosáhnout jejich nepřetržitého zdokonalování. V opačném případě může postižený jedinec pociťovat ostranění, naznačení, že se zdravým nikdy nemůže vyrovnat, což jej nevede ke zdokonalování, spíše jej takový postoj brzdí.

49 VOTAVA, J., aj., 2003. s. 149,150.

50 KRACÍK, J., 1983. *Kapitoly ze somatopedie: Socializace tělesně postižených jedinců*. 1. vyd. Praha: SPN. s. 19, 20.

51 SOVÁK, M., 1983. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. upr. vyd. Praha: SPN. s. 22.

52 KRACÍK, J., 1983. s. 32.

Míra zapojení (stupeň socializace) do společenského i pracovního života závisí na tom, *do jaké míry se podaří defektního člověka zbavit jeho defektivity.*⁵³

Stupně socializace:

Pojem **integrace** chápeme jako úplné začlenění jedince do společnosti v oblasti výchovné a vzdělávací, pracovním uplatnění i společenském soužití. Jedinec se dokázal plně zbavit defektivity a subjektivně vyrovnat se svým postižením, je plně nezávislý a samostatný.

Adaptace, neboli přizpůsobení se společenskému prostředí, je možná pouze za určitých podmínek. Vyžaduje určité zohlednění individuálních vlastností, schopností i potřeb jedince. Nedošlo k plnému zbavení defektivity, nezávislost je omezena, je třeba určitých ohledů.

Utilita nastává v případě, kdy již adaptace není možná. Slovo utilis znamená užitečný, potřebný. Utilita je tedy stav, kdy jsou možnosti rozvoje omezené, ale jedinec je schopen pracovního i společenského uplatnění, které je ale podmíněno dohledem jiné osoby. Defektivita nebyla téměř odstraněna, jedinec je tedy závislý na další osobě.

Posledním a zároveň i nejnižším stupněm je **inferiorita**. Význam slova inferior je nižší. Jedná se o sociální nepoužitelnost, nemožnost uplatnění s vyčleněním ze společnosti. V tomto stupni je možné pouze zabezpečení jedince v jakékoli formě. Jde o kompletní závislost na jiné osobě.⁵⁴

Na úspěšnosti socializace se podílí nejen člověk se zdravotním postižením, ale i společnost, která by se v ideálním případě při setkání s těmito jedinci měla vyvarovat projevům soucitu, lítosti nebo nadměrným sympatiím. Takovéto projevy jsou vnímány spíše negativně, protože (byť v mnoha případech nevědomě) poukazují na odlišnost způsobenou tělesným postižením.⁵⁵

Úspěšným výsledkem socializačního procesu je sociální adaptace, tedy přizpůsobení společenskému životu, jeho podmínkám, normám. Protikladem adaptace je maladaptace neboli nepřizpůsobení.

⁵³ SOVÁK, M., 1983. s. 22.

⁵⁴ *Ibid.* s. 22, 23.

⁵⁵ KRACÍK, J., 1983. s. 33.

5 Postoj spoločnosti k jedincům s TP

Vývoj lidské společnosti s sebou nesl i různorodost přístupu k jedincům s postižením. Každá etapa lidského vývoje s sebou nesla určitý postoj, vztah k jedincům s postižením, což nám ukazuje její skutečné zaměření a vnitřní život. Tedy její základní směřování, priority, hodnotový systém apod.⁵⁶

5.1 Vývojová stádia péče o defektní osoby dle Sováka⁵⁷:

5.1.1 Stadium represivní

Pro období starověku je typické udržování kmenů vyloučením slabých, kteří představují pro kmen přítěž. Proto staré, nevyléčitelně nemocné, slepé, zmrzačené a jinak postižené opouštěli nebo dokonce usmrcovali. Sovák dokonce uvádí důkaz, v podobě dochovaných zpráv o obyvatelích Islandu, kteří se těchto zvyklostí drželi ještě v 11. století, tedy po zavedení křesťanství. Dalším podobným příkladem jsou Prusové, kteří měli povinnosti usmrcovat staré a slabé dle určité hierarchie.

5.1.2 Stadium zotročování

Otrokářský řád s sebou nesl klasifikaci na svobodné a otroky, kteří byli považováni za soukromý majetek. Změna přišla také v náhledu na staré a nemocné, kteří již nebyli usmrčovani. Pohled na jedince s postižením se však nijak rapidně nezměnil, slabé děti byly i nadále usmrčovány nebo zotročovány. Defektní jedinci se používali k těm nejtěžším pracem nebo v případě nápadných vad k žebrání pro svého pána.

5.1.3 Stadium charitativní

V postojích a názorech uplatňovali především náboženské prvky. Péče o jedince s postižením se vyvíjela od jednotlivců až ke skupinové či hromadné péči, která byla soustředěna především do církevních zařízení. Defektní osoby byly pokládány za označené od Boha, proto byla jakákoli forma pomoci považována za dobrý skutek. Avšak kvůli

⁵⁶ MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 43.

⁵⁷ SOVÁK, M., 1983. s. 39–41.

válkám a fyzickým znetvořením, které bylo součástí různých trestů, těchto lidí přibývalo.

5.1.4 Stadium renesančního humanismu

Konec středověku s sebou nesl i počátky společenství jedinců s postižením, ke kterým se mnohdy přidávali také zločinci. Hlavní činností těchto, někdy velmi početných, skupin byla žebrota. Takto vzniklé skupiny se přemísťovaly systematicky od jednoho města k druhému.

Období renesance však neznamenal jen žebvání. Vzdělání lidé (například Jan Amos Komenský) se začali zamýšlet nad ideou humanitního, lidského přístupu k jedincům s postižením.

5.1.5 Stadium rehabilitační

Rozvoj lékařských věd a změna sociálních podmínek v 18., zejména tedy 19. století, znamenala začátek péče o jedince s tělesným postižením. Rozvíjela se speciální lékařská péče, také byly budovány ústavy, ve kterých byla poskytována rehabilitační péče.

5.1.6 Stadium socializační

V tomto stádiu jde především o zapojení osob s tělesným postižením do sociálního i pracovního života. Důraz je kladen na jejich rozvoj a začlenění nejprve ve škole, poté i v oblasti pracovní.

5.1.7 Stadium prevenční

Toto stádium je charakterizováno snahou o předcházení defektivitu u osob s různými druhy postižení.

Titzl⁵⁸ se však s výše popsanými stádii zcela neztotožnil. Bud' se pokrok odvíjí po linii od egoismu k altruismu, nebo se proměňuje způsob ekonomické využitelnosti postižených lidí a konečně v závěru škály je pokrok podmíněn rozvojem speciálních věd. Jednotlivé epochy v rámci daného třídění proto dost dobře nelze systematicky porovnávat.

58 TITZL, B., 1998. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: UK. s. 6. ISBN 86039-30-7.

Michalík,⁵⁹ v souvislosti s výše uvedenou periodizací, upozorňuje na možnost nesprávně pochopeného časového členění. Podle něj může kvůli popsánému zlepšujícímu se přístupu dojít k domněnkám, že osoby s tělesným postižením mají ve 21. století (dále jen st.) mnohem snazší život nebo dokonce nemají vůbec žádné problémy.

5.2 Péče o TP od konce 19. až do konce 20. st.

Snaha o usnadnění života a plnohodnotné začlenění do společnosti vedla k rozvoji zachovaných pohybových funkcí a také léčebné tělesné výchově. Důsledkem čehož bylo zakládání specializovaných zařízení pro tyto děti, mládež i dospělé.

První ústav ve Velké Británii, jehož cílem bylo zmírnění konkrétních vad a plné začlenění do škol, začal fungovat v roce 1865. V roce 1906 zase v Německu Joseph Loos vytýčil několik podstatných rad školám, týkajících se například správného sezení, úpravy školního vybavení dle potřeb dětí apod.

V ČR se první ústav otevřel roku 1913 v Praze, vedený Rudolfem Jedličkou, který vypracoval komplexní rehabilitační metody. Jedličkův ústav pro tělesně postižené děti plnil funkci léčebnou, výchovnou a vzdělávací. Již od začátku zde pracoval František Bakule, jehož výchovně-vzdělávací působení vycházelo z Rousseaua, Tolstého a individualizace vyučování. Ten však po jistých neshodách roku 1919 odešel a založil vlastní instituci, jejíž hlavní idea byla vychovávat životem, láskou a uměním. Tento ústav byl i přes světový i domácí úspěch v roce 1937 kvůli finančním potížím prodán v exekuční dražbě.

V roce 1919 byl vybudován Brněnský ústav pro tělesně postižené, který sloužil nejen k léčbě a rehabilitaci, ale i výuce a zájmovým činnostem dětí.

Následovalo zřízení Masarykova ústavu v roce 1921 v Plzni. Základním prvkem byla léčebná tělesná výchova zaměřená především na zpevňování svalstva, kostry i nervové soustavy.

Děti s menšími pohybovými vadami byly začleňovány do běžných škol již po 1. světové válce, kde byly bez problému přijímány kolektivem. Obrovský pokrok však nastal ve 2. polovině 20. st., kdy medicína přišla s úspěšnou likvidací některých nemocí, způsobujících poškození pohybové soustavy.

⁵⁹ MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 44.

Od 60. let 20. st. byla u nás ambulantními středisky realizována nápravná tělesná výchova pro děti a mládež, což mělo velký vliv na zmírnění nebo plné odstranění méně závažných pohybových vad. Pro děti se závažnějšími vadami byly vybudovány polointernátní školy při dětských nemocnicích.

Od 70. let se systematicky pracuje také s malými dětmi již od prvního projevu pohybového postižení. Za což se zasloužila především Marie Vítková, která využitím výtvarných aktivit podstatně ovlivnila rozvoj motorické obratnosti zdravých dětí v jeslích.

V tomto období přibývala také rehabilitační centra a ústavy pro dospělé, zaměřené na pracovní stránku. Snaha o integraci osob s tělesným postižením vzrostla především v roce 1981, který byl OSN vyhlášen Mezinárodním rokem invalidů.⁶⁰

5.3 Změna terminologie v průběhu 20. století

Změny v průběhu dějin lze pozorovat na charakteristice a definici tělesného postižení. Kritika užívaných termínů – mrzák, mrzáček, zmrzačelý (německy Krüppel) – se objevila začátkem 20. st. I přes projevenou kritiku se tato slova stále objevovala v zákonech a názvech institucí a to nejen u nás, ale například také v Německu. Termín tělesně postižený se užívá krátce. Teprve v roce 1925 se začal starý a dosti hanlivý termín nahrazovat označením tělesně postižený, který se však prosadil až ve 40. letech 20. st., především však až po 2. světové válce.⁶¹

K problematice užívané terminologie se vyjadřuje i Novosad,⁶² avšak v souvislosti s nesprávným používáním pojmů handicap a postižení. Nejen laickou veřejností, ale i některými odborníky, jež tato dvě slova užívají jako synonyma nebo naopak užívají pouze slovo handicap z přesvědčení, že toto slovo je méně urážlivé, pohoršující.

5.4 Současné postavení jedinců s TP ve společnosti

Počátek devadesátých let byl obdobím zásadních společenských změn, které s sebou nesly pozitivní změny v postavení osob s tělesným postižením. Budovala se nová zařízení, vznikala občanská sdružení, ale také Vládní výbor pro zdravotně postižené obča-

60 MONATOVÁ, L., 1998. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido. s. 41–44. ISBN 80-85931-60-5.

61 VÍTKOVÁ, M., 2006. s. 25.

62 NOVOSAD, L., 2011. s. 69.

ny, který následovalo přijetí Národního plánu pomoci a značná vstřícnost při řešení požadavků a potřeb postižených.

Devadesátá léta pokračovala konsolidací těchto organizací a profesionalizací státní správy. Konec 90. let se značí Národním plánem pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením a také novelizací právních norem, týkajících se problematiky postižených.

V následujícím období až do roku 2007 dochází k úpravám a korekcím dříve nastavených systémů. Dále vzniká jednotná reprezentace občanů se zdravotním postižením v ČR nazvaná Národní rada osob se zdravotním postižením ČR.

Od roku 2008 je vývoj poznamenán finanční a hospodářskou krizí, což vyvolává negativní dopad ve všech oblastech, tedy i v péči o jedince s postižením.⁶³

Z výše uvedených informací lze tedy usuzovat, že v uplynulých 20 letech se stát aktivně zapojil do řešení běžných situací, do kterých se osoby s tělesným postižením dostávají. Avšak v posledních několika letech se stále častěji setkáváme s rozhodnutími, které jsou ovlivněny krizí. Jedná se především o snižování nebo úplném odebrání invalidního důchodu společně s tvrzením, že stát momentálně nemá peníze a je možné pouze čekat.

Novosad⁶⁴ poukazuje na jistou spojitost v problémech, které ve vztahu k postižením řešíme teď i v minulosti. Společným kritériem je vnímání osob s TP dle nedostatků vztahujících se k boji, práci, soběstačnosti a účasti na společenském životě. Odlišná je pouze společenská struktura a prostředky, kterými danou situaci řešíme.

Dle Kracíka⁶⁵ společnost ještě není zcela připravena na plné přijetí osob s tělesným postižením. Pro úspěšné přijetí jsou klíčové takové postoje a vztahy, díky kterým je člověk s postižením uznáván rovnocennou osobou. Společnost by se tedy měla vyvarovat projevům soucitu, lítosti nebo podceňování schopností člověka s TP.

*Značná část společnosti stále žije v představě, že všichni postižení lidé jsou nešťastníci, že nemají, a dokonce a ni nemohou mít smysl pro humor, že zábava, radost, úspěch nebo např. sexuální život nejdou s postižením dohromady.*⁶⁶

63 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 51, 52.

64 NOVOSAD, L., 2011. s. 67.

65 KRACÍK, J., 1983. s. 81.

66 SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. s. 21. ISBN 978-80-247-1733-3.

5.5 Předsudky a mýty

Stejně jako nedostatek informací, mohou i předsudky a mýty zkreslit postoj k jedincům s tělesným postižením.

5.5.1 *Paternalistické a podceňující předsudky*

Tělesně postižení si zaslouží politování a soucitný postoj spojený s charitativním přístupem. Osoby s TP jsou bezmocní a plně závislí na pomoci druhých, kteří vědí lépe než oni sami, co je pro ně dobré a co sami nezvládnou.⁶⁷

5.5.2 *Odmítavé a degradující předsudky*

Lidé s TP jsou považováni za neužitečné, zatěžující, neproduktivní, tedy parazitující. Podporu a péči dostávají na úkor majority a navíc jde z jejich daní. Také je rozšířeno tvrzení, že si za své postižení mohou sami. Fyzická odlišnost je nežádoucí, dochází k bagatelizaci až degradaci úspěchů a rozdílnému pracovnímu hodnocení osob s TP.⁶⁸

5.5.3 *Protektivně-paušalizující předsudky*

Výhody, které stát lidem s TP poskytuje, jsou neoprávněné a nezasloužené. Veřejnost, ale již není informována o nedůstojných rituálech, ve kterých vystupuje jedinec s TP jako nesvéprávná bytost.⁶⁹ Novosad⁷⁰ uvádí příklad v podobě průkazů TP, ZTP, ZTP/P nebo speciálních parkovacích míst, které však mají kompenzovat postižení a snížené výdělečné možnosti.

5.5.4 *Idealizující (heroizující) předsudky*

Život s TP je hrdinstvím nebo mravní výzvou a zaslouží si obdiv. Převládá zde emocionální stránka před fakty.

V řadách osob s TP jsou, stejně jako všude jinde, lidé poctiví, odpovědní a obětaví, stejně tak jako lidé vypočítaví, nepřející a bezohlední.⁷¹

67 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 213.

68 NOVOSAD, L., 2011. s. 79.

69 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 213.

70 NOVOSAD, L., 2011. s. 80.

71 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 213.

Předsudky se týkají ještě jedné skupiny lidí a to rodičů dětí s TP. Podceňování rodičů je zaměřené na schopnost postarat se o své potomky, poskytnout jim dostatečnou péči a možnost rozvoje.⁷²

Předsudky se šíří socializací, především v rodině, ve skupině vrstevníků apod. Dalším, ve 21. st. hojně rozšířeným prostředkem, je medializace, tedy filmy, tisk, mnohé internetové zdroje apod. Důsledkem předsudků může být nevhodné nebo nedůstojné zacházení s osobami s TP, nebo se mohou podílet na jejich diskriminaci.⁷³

Michalík⁷⁴ poukazuje na zkušenosti, které dokazují, že pokud společnost získá potřebné informace, realistický náhled a podaří se navodit přirozený kontakt, nejsou jedinci s TP vnímáni odlišně, naopak okolí je hodnotí podle jejich vlastností, adaptability a úspěšnosti, jak v práci, tak ve společnosti.

Každý jedinec může být ovlivněn určitými předsudky nebo vnitřními obavami. Ve společnosti se stále objevují případy, kdy zcela zdravý jedinec není schopen navázání kontaktu s tělesně postiženou osobou. Na druhou stranu je i velké množství dobrovolníků, kteří se ve volném čase stýkají s lidmi s tělesným postižením, tráví s nimi čas a sdílí zájmy.

72 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 214.

73 KRUTOVÁ, L., 2011. Předsudky a mýty. In: MICHALÍK, J., aj. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 47. ISBN 978-80-7367-859-3.

74 MICHALÍK, J., aj., 2011. s. 214.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Cíl, výzkumné otázky a hypotézy bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké postoje zaujímá společnost k osobám s tělesným postižením, zda jsou pozitivní či negativní. Dále zjistit jaké jsou názory a postoje veřejnosti k integraci tělesně postižených osob a k úrovni péče o ně.

Výzkumné otázky jsou zaměřeny na subjektivní názor respondenta, zaměřený na osoby s tělesným postižením. Otázky se týkají především postoje k socializaci osob s tělesným postižením, informovanosti o jejich potřebách a vlastními zkušenostmi s osobami s tělesným postižením.

6.1 Stanovené hypotézy

Hypotéza č. 1 Obyvatelé měst častěji souhlasí se začleňováním osob s tělesným postižením do společnosti než obyvatelé vesnic.

Hypotéza č. 2 Lidé častěji získávají informace o osobách s tělesným postižením z mediálních zdrojů než z odborných časopisů a knih.

6.2 Použité metody

Vzhledem k povaze výzkumného cíle, se autorka rozhodla využít kvantitativní výzkumnou strategii. Tato strategie jí umožní efektivně zmapovat postoj majoritní společnosti k jedincům s tělesným postižením. Získané údaje jsou následně zapracovány do tabulek a grafů k přehlednému třídění dat a jejich vyhodnocení.

6.2.1 Dotazník

Ve výzkumném šetření byla využita metoda dotazníku. Zvolená metoda je vhodná především pro svou anonymitu, díky které autorka práce předpokládá větší otevřenost a upřímnost respondentů. Vytvořený dotazník obsahuje 24 otázek, které jsou určeny pro širokou veřejnost.

Dotazník vyplnilo 216 respondentů. Otázky byly zaměřeny na vlastní pohled respondenta na osoby s tělesným postižením. Především se týkaly názoru na integraci do společnosti, možného pravidelného kontaktu a také mínění respondenta týkající se celkového pohledu společnosti na jedince s tělesným postižením. Jedna z otázek byla zaměřena na posouzení respondentovi informovanosti o životě a potřebách osob s tělesným postižením a samozřejmě určení zdroje nejčastějšího získávání těchto informací.

6.3 Popis výzkumného vzorku

Pro dotazníkové šetření výzkumu k bakalářské práci byl zvolen náhodný vzorek obyvatel z celé České republiky, aniž by bylo stanoveno jakékoliv kritérium. Dotazník řádně vyplnilo 216 respondentů.

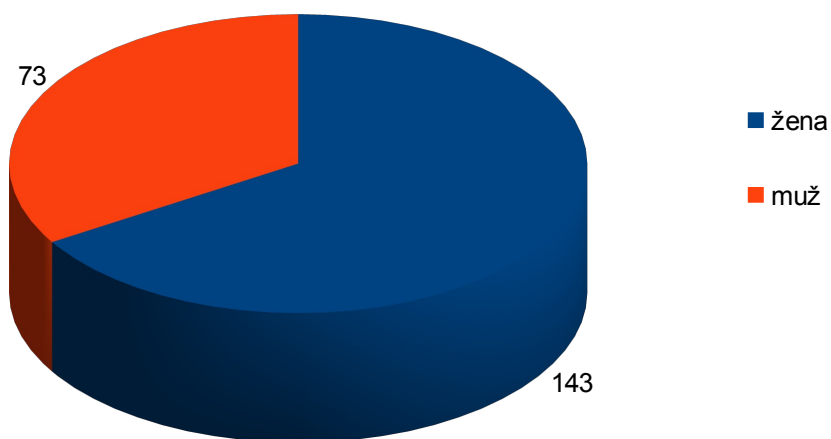
7 Vyhodnocení dotazníkového výzkumu

Otázka č. 1: Pohlaví respondenta

Graf č. 1 znázorňuje, že z 216 respondentů, dotazník vyplnilo 143 žen a 73 mužů.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

žena	143
muž	73



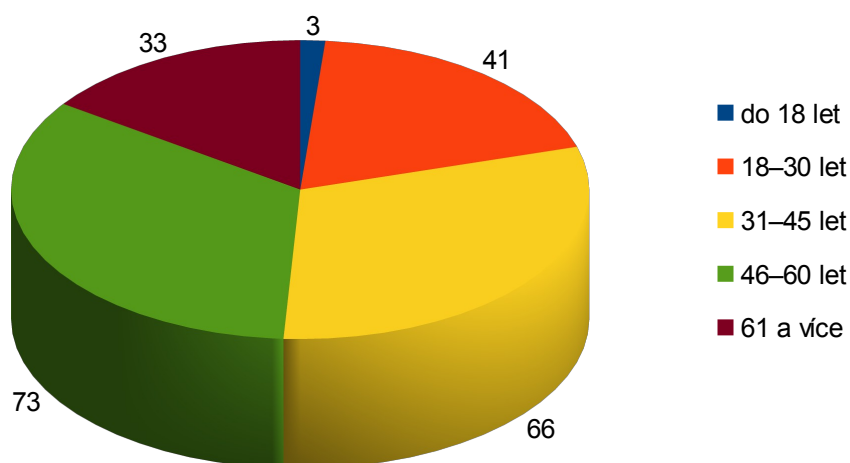
Graf 1: Pohlaví respondentů

Otázka č. 2: Věk respondenta

V této otázce měli respondenti označit svou věkovou kategorií, které byly rozděleny do pěti skupin. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byli respondenti ve věku mezi 46 a 60 lety, takto odpovědělo 42 žen a 31 mužů, celkem tedy 73 osob. Druhou nejpočetnější kategorií byl věk mezi 31 a 45 lety, 45 žen a 21 mužů, celkem 66 osob. Věkovou kategorii mezi 18 a 30 lety označilo 28 žen a 13 mužů, celkem 41 osob. 61 a více let označilo 25 žen a 8 mužů, celkem 33 osob. Nejméně zastoupenou kategorií tvořili respondenti do 18 let a to pouhé 3 ženy a žádný muž.

Tabulka 2: Věk respondentů

věková kategorie	do 18 let	18–30 let	31–45 let	46–60 let	61 a více	celkem
ženy	3	28	45	42	25	143
muži	0	13	21	31	8	73
celkem	3	41	66	73	33	216



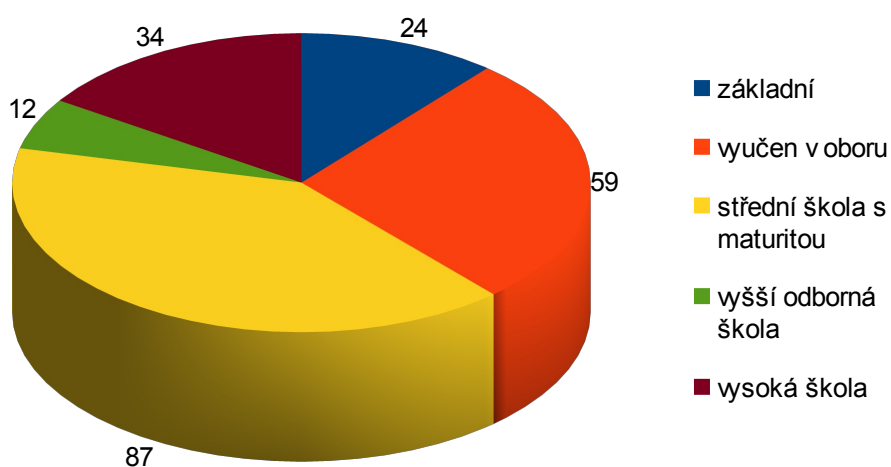
Graf 2: Věk respondentů

Otázka č. 3: Nejvyšší ukončené vzdělání

Na otázku týkající se nejvyššího ukončeného vzdělání, z celkové počtu 216 respondentů, 87 uvedlo střední školu s maturitou, následovalo 59 respondentů s výučním listem, 34 respondentů s vysokou školou, 24 respondentů se základním vzděláním a 12 respondentů uvedlo jako své nejvyšší vzdělání vyšší odbornou školu.

Tabulka 3: Nejvyšší ukončené vzdělání

základní	24
vyučen v oboru	59
střední škola s maturitou	87
vyšší odborná škola	12
vysoká škola	34



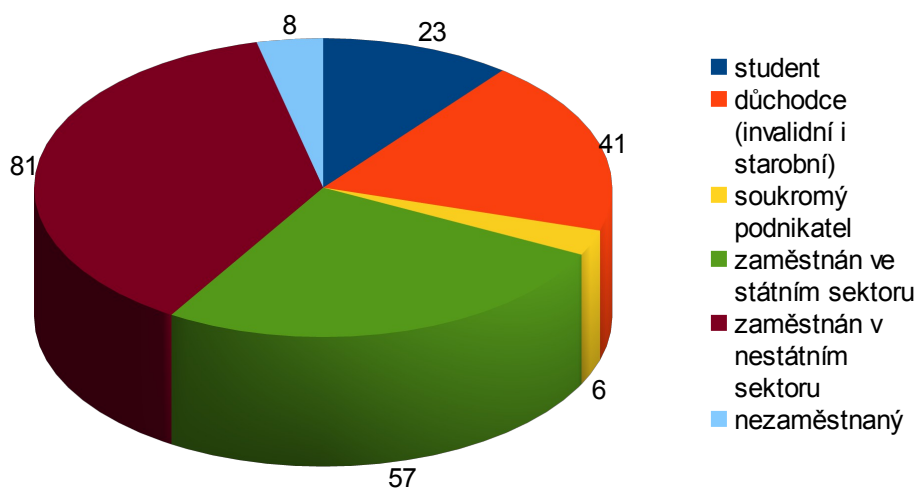
Graf 3: Nejvyšší ukončené vzdělání

Otázka č. 4: Povolání respondenta

Dle povolání byli respondenti rozděleni do šesti kategorií. Nejhojněji zastoupenou kategorií byli zaměstnanci nestátního sektoru, tedy 81 respondentů. Zaměstnání ve státním sektoru uvedlo 57 respondentů. Následovala skupina 41 respondentů v důchodu, která zahrnovala jak starobní, tak i invalidní důchod. Studentský status uvedlo 23 respondentů. Skupinu nezaměstnaných tvořilo 8 respondentů a poslední skupina soukromých podnikatelů byla zastoupena 6 respondenty.

Tabulka 4: Povolání respondentů

student	23
důchodce (invalidní i starobní)	41
soukromý podnikatel	6
zaměstnán ve státním sektoru	57
zaměstnán v nestátním sektoru	81
nezaměstnaný	8



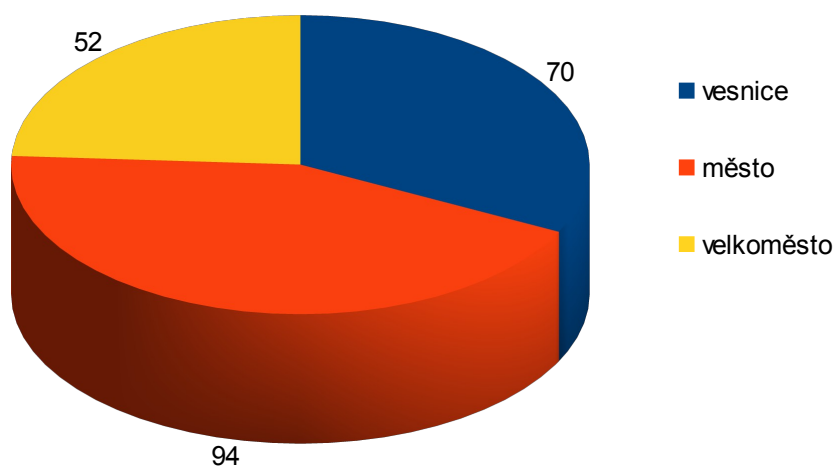
Graf 4: Povolání respondentů

Otázka č. 5: Bydliště respondenta

Poslední otázkou týkající se osobních údajů respondenta bylo uvedení lokality, ve které bydlí. Možnost město do 50 000 obyvatel označilo 94 respondentů, následovala vesnice s méně než 5 000 obyvateli, kterou jako své bydliště uvedlo 70 respondentů a poslední skupinu o 52 respondentech tvoří obyvatelé velkoměst.

Tabulka 5: Bydliště dle pohlaví a věkové kategorie

věková kategorie	do 18 let		18–30 let		31–45 let		46–60 let		61 a více		celkem
pohlaví	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
vesnice	1	0	14	3	19	5	10	4	9	5	70
město	2	0	9	2	15	13	25	15	12	1	94
velkoměsto	0	0	5	8	11	3	7	12	4	2	52



Graf 5: Bydliště respondentů

Otázka č. 6: Máte nějaké zkušenosti s lidmi s tělesným postižením?

Z níže uvedené tabulky č. 3 vyplývá, že téměř všichni dotazovaní se již s osobou s tělesným postižením setkali, přičemž více jak polovina uvedla náhodné setkání ve společnosti nebo v okolí svého bydliště. Další četnou skupinu tvoří respondenti, kteří uvedli blízký vztah s konkrétní osobou s TP, která zahrnuje také 10 respondentů, kteří označili jinou možnost. Z uvedených 10 respondentů, jich 6 specifikovalo, že mají dítě s tělesným postižením a další 4 jiného rodinného příslušníka. Nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti, kteří s lidmi s TP pracují.

Tabulka 6: Zkušenosti s lidmi s TP

s člověkem s tělesným postižením jsem nepřišel(a) do kontaktu	11
lidi s tělesným postižením vídám občas ve společnosti (město, v obchodech apod.)	78
člověka s tělesným postižením znám ze svého blízkého okolí	63
s konkrétním člověkem s tělesným postižením mám blízký vztah	45
s lidmi s tělesným postižením pracuji	9
jiná možnost	10

Otázka č. 7: Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s člověkem s tělesným postižením?

U této otázky měli respondenti možnost označit více odpovědí. Z tabulky č. 4 je patrné, že nejčastějšími pocity byla lítost, potřeba pomoci jedinci s TP a také problém s navázáním očního kontaktu. Přibližně pro jednu třetinu dotazovaných je setkání s člověkem s TP naprosto přirozené. Drobnou skupinu tvořili respondenti, kteří cítili nejistotu, setkání jim nebylo příjemné nebo si člověka s TP vůbec nevšímal. Stejně jako u předchozí otázky 11 dotazovaných označilo, že k žádnému setkání nedošlo. Tito respondenti označili pouze tuto odpověď, pouze jeden z nich označil i pocit soucitu. Možnosti vlastního vyjádření využili dva respondenti, kteří shodně uvedli, že při takovém setkání pociťovali odpor. Žádný z dotazovaných neoznačil pocit strachu.

Tabulka 7: Pocity při setkání s osobou s TP

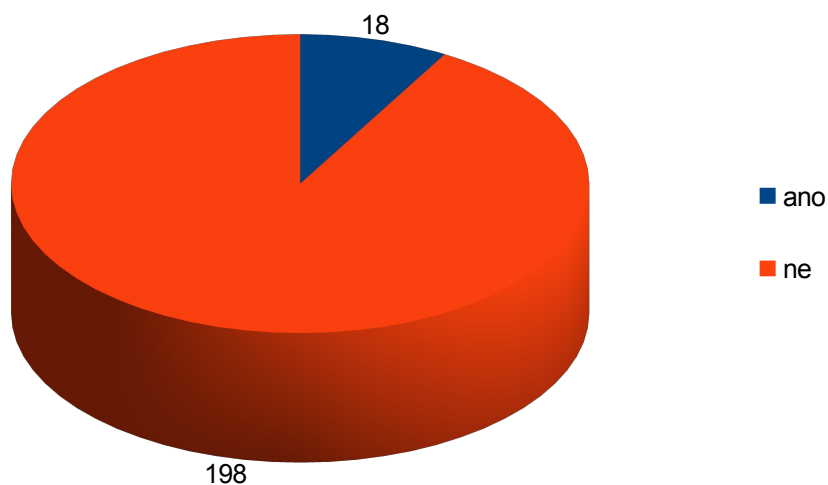
dosud jsem se s člověkem s tělesným postižením nesetkal(a)	11
přišlo mi to přirozené, stejně jako při setkání se zdravým člověkem	64
měl(a) jsem problém podívat se dotyčnému do očí	104
cítil(a) jsem soucit, lítost kvůli jeho postižení	130
měl(a) jsem pocit, že mu musím pomoci	127
nevšímal(a) jsem si ho	15
měl(a) jsem zvláštní pocit, taková setkání jsou pro mě nepříjemná	21
byl(a) jsem nejistý(á)	38
měl(a) jsem strach	0
jiná možnost	2

Otázka č. 8: Vyvolává ve Vás pohled na osobu s viditelným tělesným postižením negativní pocity?

Z níže uvedené komparační tabulky č. 5 a grafu č. 6 vyplývá, že ve většině dotazovaných pohled na osoby s viditelným tělesným postižením negativní pocit nevyvolává. Avšak 18 z celkového počtu 216 dotazovaných negativní pocity přiznalo, přičemž častěji je uváděly ženy (viz. tabulka č. 5).

Tabulka 8: Negativní pocity dle pohlaví a věkové kategorie

věková kategorie	do 18 let		18–30 let		31–45 let		46–60 let		61 a více		celkem
pohlaví	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
ano	1	0	2	4	5	1	2	2	1	0	18
ne	2	0	26	9	40	20	40	29	24	8	198



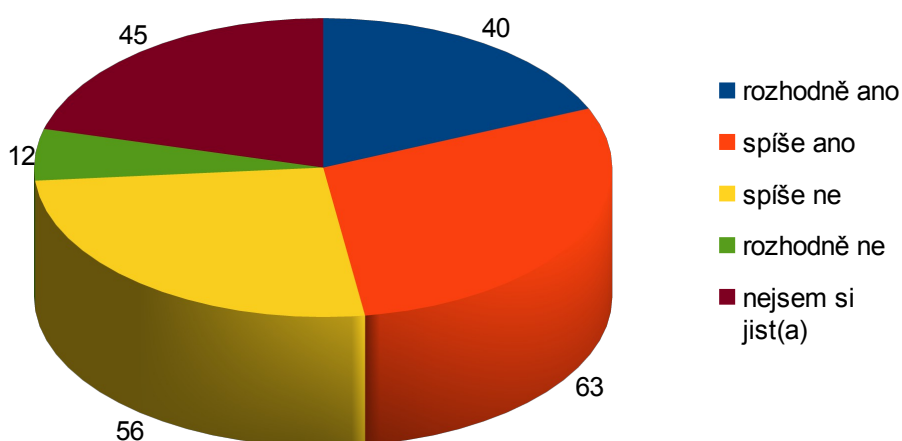
Graf 6: Negativní pocity

Otázka č. 9: Pokud byste se ocitl(a) v situaci, která by vybízela k pomoci osobě s tělesným postižením, pomohl(a) byste?

Z přiložené tabulky a grafu vyplývá, že polovina respondentů by pomoc poskytla. Značná část si však svou pomocí nebyla jista a 12 respondentů uvedlo, že by v takové situaci rozhodně nepomohli. Z tabulky č. 6 je také patrné, že rozložení pomoci je velmi individuální a není přímo závislé na pohlaví, či lokalitě.

Tabulka 9: Pomoc dle bydliště a pohlaví

bydliště	vesnice		město		velkoměsto		celkem
pohlaví	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
rozhodně ano	11	6	9	5	3	6	40
spíše ano	21	5	20	8	4	5	63
spíše ne	9	5	17	7	12	6	56
rozhodně ne	2	1	4	2	1	2	12
nejsem si jist(a)	10	0	13	9	7	6	45



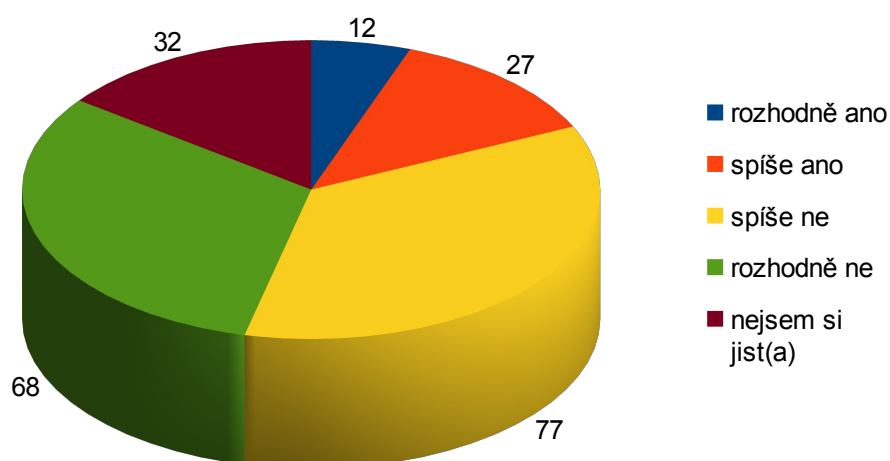
Graf 7: Pomoc osobě s TP

Otázka č. 10: Vadilo by Vám, kdyby jste se měl(a) setkávat s člověkem s tělesným postižením pravidelně?

Více než polovině respondentů by nevadil pravidelný kontakt s člověkem s TP. Z tabulky č. 7 je patrné, že shodným 12 respondentům, kteří v předchozí otázce uvedli, že by rozhodně nepomohli osobě s TP, by rozhodně vadilo potkávat takového člověka pravidelně, například na pracovišti.

Tabulka 10: Pravidelný kontakt dle bydliště a pohlaví

bydliště	vesnice		město		velkoměsto		celkem
pohlaví	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
rozhodně ano	2	1	4	2	1	2	12
spíše ano	8	3	7	2	2	5	27
spíše ne	15	4	23	9	18	8	77
rozhodně ne	12	5	26	15	5	5	68
nejsem si jist(a)	16	4	3	3	1	5	32



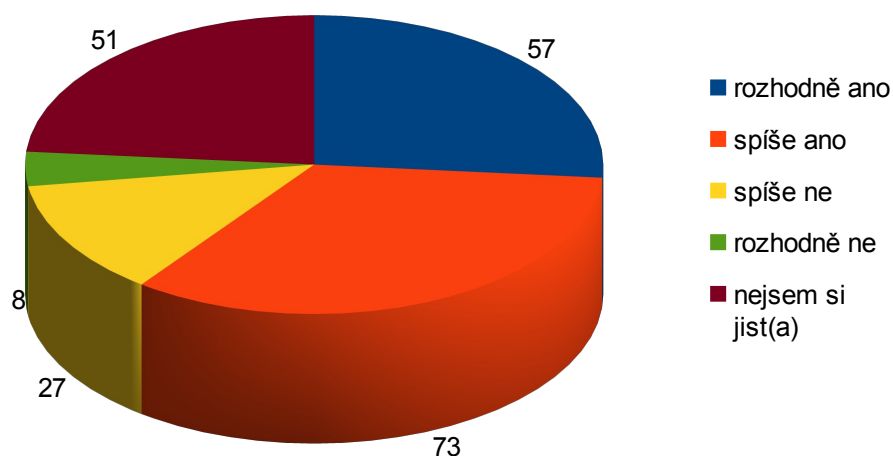
Graf 8: Pravidelný kontakt s člověkem s TP

Otázka č. 11: Dokázal(a) byste se přátelit s člověkem s tělesným postižením?

Z odpovědí respondentů je patrné, že více jak polovina by se dokázala s člověkem s TP přátelit. V tabulce č. 8 lze pozorovat změnu oproti předchozím dvěma otázkám, kde 12 respondentů uvedlo rozhodně negativní postoj k osobám s TP. Avšak u této otázky 4 respondenti (žena z vesnice, 2 muži a žena z velkoměsta) svůj postoj mírně pozměnili a v odpovědi projeví nejistotu.

Tabulka 11: Přátelský vztah dle bydliště a pohlaví

bydliště	vesnice		město		velkoměsto		celkem
pohlaví	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
rozhodně ano	15	2	18	5	8	9	57
spíše ano	22	7	12	18	8	6	73
spíše ne	3	5	7	4	7	1	27
rozhodně ne	1	1	4	2	0	0	8
nejsem si jist(a)	12	2	22	2	4	9	51



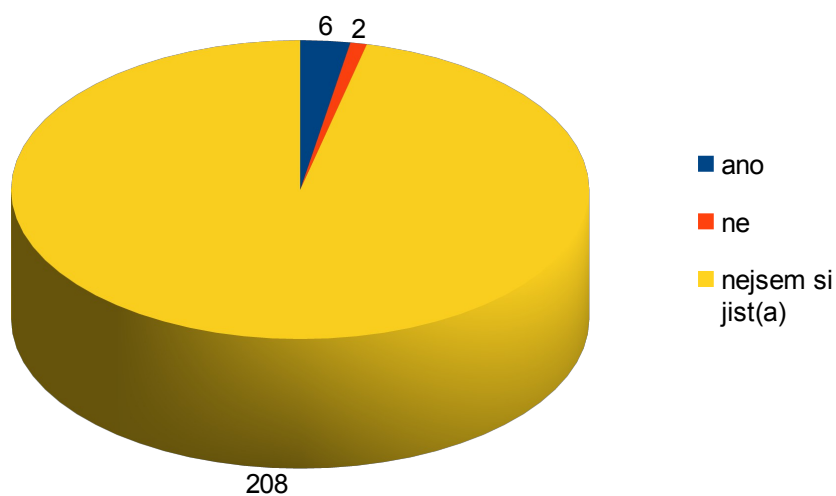
Graf 9: Přátelský vztah

Otázka č. 12: Myslíte, že byste mohl(a) žít v partnerském vztahu s člověkem s tělesným postižením?

Graf č. 10 znázorňuje nejistotu téměř všech dotazovaných v otázce možného partnerského vztahu s člověkem s TP. Ze zbývajících respondentů jich 6 uvedlo, že by takový vztah byl možný a 2 respondenti byli přesvědčeni, že by mít vztah s člověkem s TP mít nemohli.

Tabulka 12: Partnerský vztah s člověkem s TP

ano	6
ne	2
nejsem si jist(a)	208



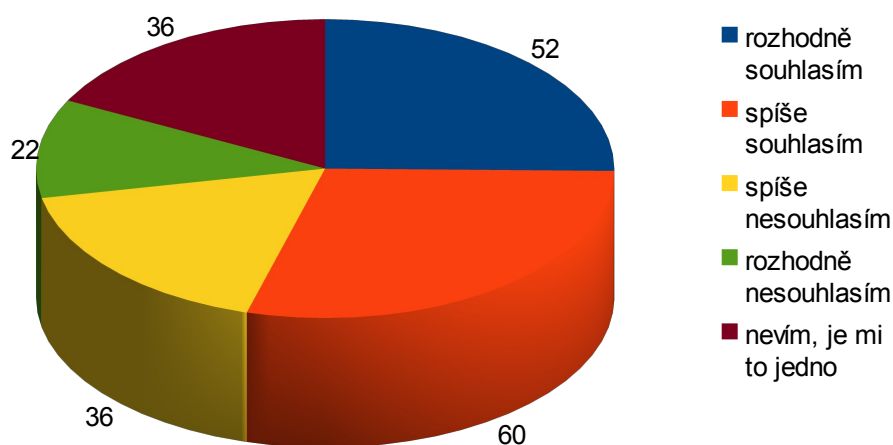
Graf 10: Partnerský vztah s člověkem s TP

Otázka č. 13: Souhlasíte se začleňováním osob s tělesným postižením do škol, kulturních akcí, zaměstnání apod.?

Z níže přiložené tabulky č. 9 je zřejmé, že nejméně se začleněním osob s tělesným postižením souhlasí respondenti z vesnic. Největší laxnost projevili respondenti z velkoměst. Graf č. 11 poukazuje, že polovina respondentů se začleněním souhlasí. Ovšem téměř třetina z celkového počtu 216 respondentů, rozhodně se začleněním nesouhlasí.

Tabulka 13: Začleňování osob s TP do společnosti dle bydliště

bydliště	vesnice	město	velkoměsto	celkem
rozhodně souhlasím	6	28	14	52
spíše souhlasím	8	43	9	60
spíše nesouhlasím	26	7	3	36
rozhodně nesouhlasím	18	3	1	22
nevím, je mi to jedno	12	13	25	36



Graf 11: Začleňování osob s TP do společnosti

Otázka č. 14: Myslíte si, že začlenění dětí s tělesným postižením, do škol či tříd se zdravými dětmi, může negativně ovlivnit vývoj jedné ze zmíněných skupin?

V otázce negativního vlivu dětí s tělesným postižením na zdravé děti a naopak byly odpovědi respondentů velmi vyrovnané. Téměř polovina z celkového počtu respondentů nedovedla vzájemné ovlivnění zmíněných skupin posoudit.

Tabulka 14: Negativní vliv integrace

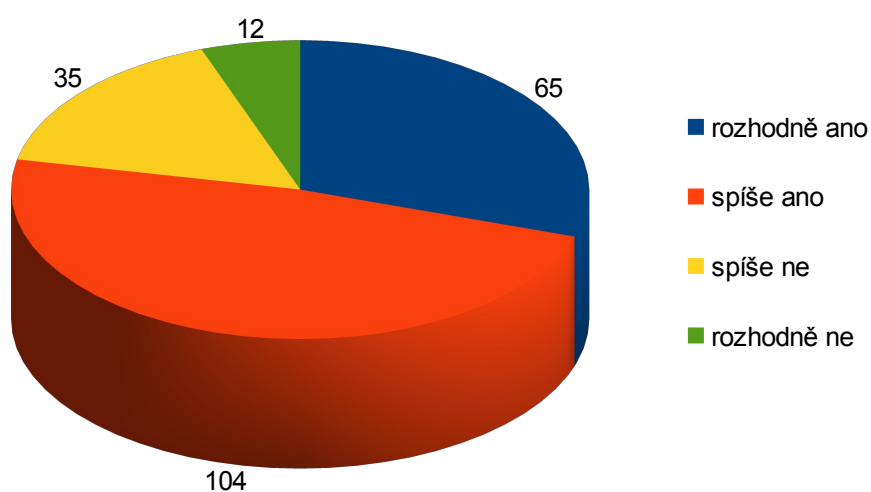
ano, může to negativně ovlivnit zdravé děti	30
ano, může to negativně ovlivnit děti s tělesným postižením	9
ne, naopak to pozitivně ovlivní zdravé děti	18
ne, naopak to pozitivně ovlivní děti s tělesným postižením	25
ovlivní to pozitivně obě skupiny	38
neovlivní to ani jednu skupinu	12
nedokážu posoudit	84

Otázka č. 15: Měli by, podle Vašeho názoru, mít lidé s tělesným postižením právo počít potomka?

Kladně na výše uvedenou otázku odpověděla třetina respondentů. Téměř polovina se k této možnosti spíše přiklání. Zbylí respondenti se k početí stavěli negativně, jasné ne zvolilo 12 z dotazovaných 216 respondentů.

Tabulka 15: Právo na potomka

rozhodně ano	65
spíše ano	104
spíše ne	35
rozhodně ne	12



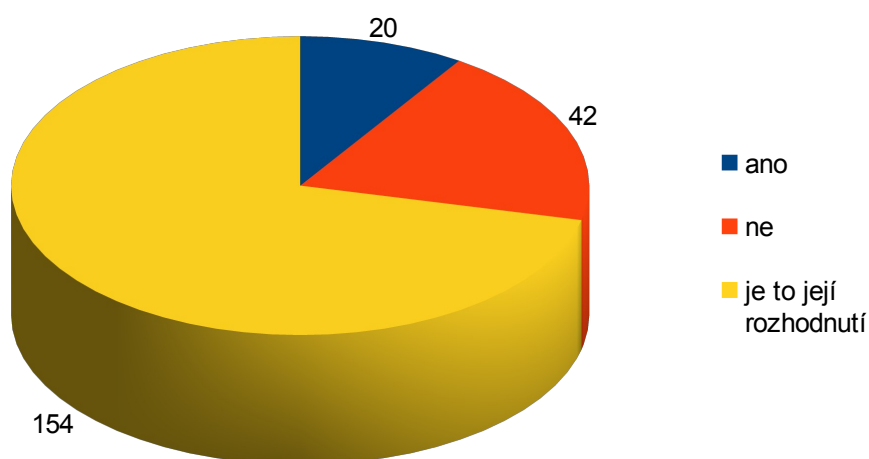
Graf 12: Právo na potomka

Otázka č. 16: Myslíte si, že by těhotná žena, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s tělesným postižením, měla podstoupit interrupci?

Z níže uvedeného grafu č. 13 je patrné že více než polovina respondentů by rozhodnutí zcela nechala na nastávající mamince. S interrupcí nesouhlasilo 42 respondentů a dalších 20 respondentů uvedlo, že by výše zmíněná žena interrupci podstoupit měla.

Tabulka 16: Podstoupení interrupce

ano	20
ne	42
je to její rozhodnutí	154



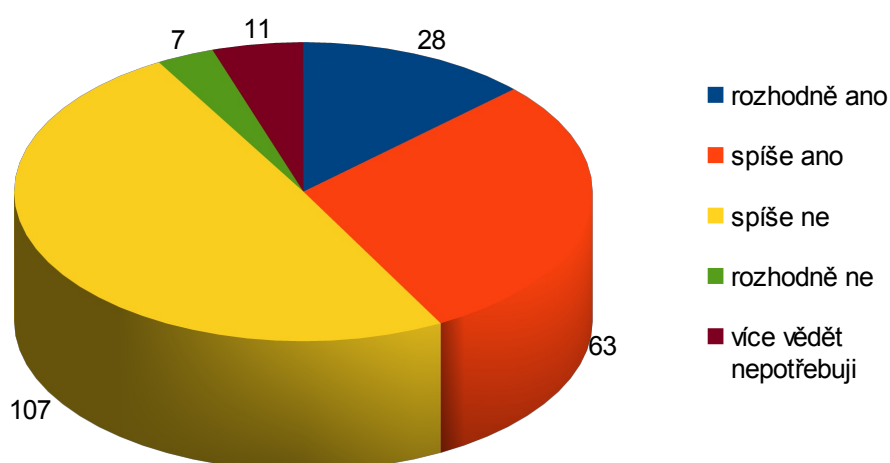
Graf 13: Podstoupení interrupce

Otázka č. 17: Máte nějaké informace o životě a potřebách osob s tělesným postižením?

Z odpovědí respondentů vyplývá, že informovanost společnosti o životě a potřebách osob s tělesným postižením je nedostatečná. Více než polovina dotazovaných zvolila možnost spíše neinformován(a), dalších 7 respondentů rozhodně není informováno. Avšak čtvrtina z celkového počtu 216 respondentů je částečně seznámena s životem a potřebami osob s TP. Další skupinou jsou respondenti, kteří výše uvedené informace mají. Tuto možnost volili pouze respondenti, kteří v otázce č. 6 (Máte nějaké zkušenosti s lidmi s TP?) uvedli příbuzenský vztah a také část respondentů, kteří označili blízký vztah s konkrétním člověkem s TP. Poslední skupinou jsou respondenti, kteří více informací nepotřebují.

Tabulka 17: Informovanost o životě a potřebách lidí s TP

rozhodně ano	28
spíše ano	63
spíše ne	107
rozhodně ne	7
více vědět nepotřebuji	11



Graf 14: Informovanost o životě a potřebách lidí s TP

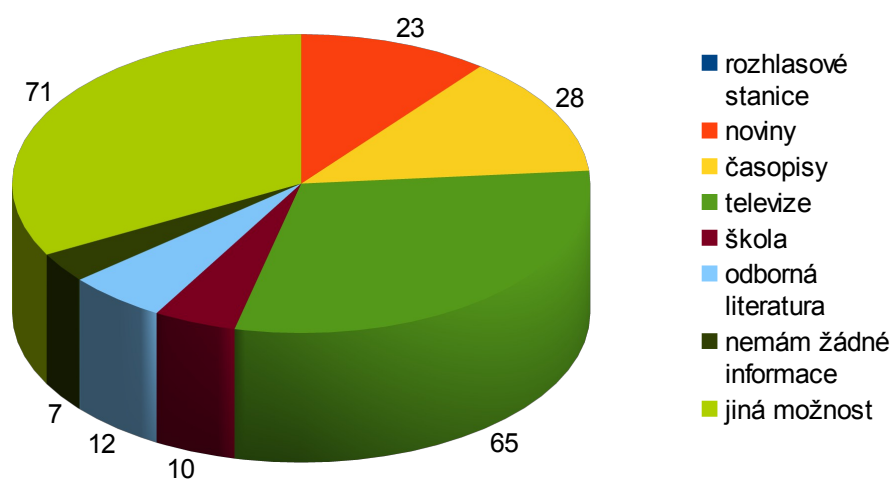
Otázka č. 18: Z jakých zdrojů nejčastěji získáváte informace o lidech s tělesným postižením?

Z níže uvedeného grafu č. 15 a tabulky č. 11 je zřejmé, že nejčastějším zdrojem získaných informací je televize. Respondenti, kteří označili jinou možnost se rozdělili na dvě téměř shodné skupiny (viz. tabulka č. 11). Z uvedených 71 respondentů jich 36 uvedlo, že nejčastějším zdrojem informací jsou odborné články a diskuse na internetu. Zbylých 35 respondentů informace získává přímo od lidí s TP.

Časopisy (Tina, Vlasta, Květy,...) a noviny (Mladá fronta DNES, Blesk,...), jako zdroj informací, tvoří přibližně čtvrtinu z celkového počtu respondentů. Odborná literatura je zastoupena 12 respondenty, škola 10 respondenty a plně neinformovaných je 7 respondentů. Žádný z dotazovaných respondentů neoznačil jako nejčastější zdroj získávaných informací rozhlasové stanice.

Tabulka 18: Zdroj informací o lidech s TP

rozhlasové stanice		0
noviny (Mladá fronta DNES, Blesk,...)		23
časopisy (Tina, Vlasta, Květy,...)		28
televize		65
škola		10
odborné časopisy, odborné knihy		12
nemám žádné informace o lidech s tělesným postižením		7
jiná možnost	36 – odborné články na internetu	71
	35 – informace mám přímo od člověka s TP	



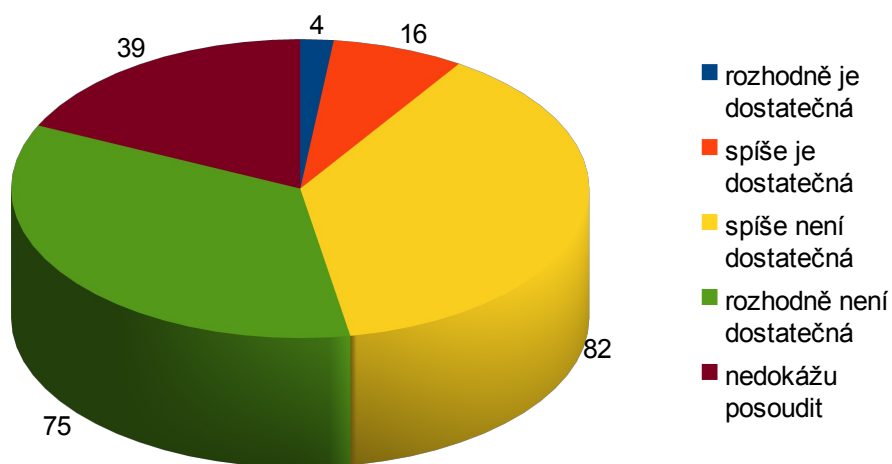
Graf 15: Zdroj informací o lidech s TP

Otázka č. 19: Domníváte se, že péče o osoby s tělesným postižením, je v České republice dostatečná?

Úroveň péče o osoby s tělesným postižením v ČR, dle názoru přibližně dvou třetin respondentů, není dostatečná. Níže uvedený graf č. 16 jasně ukazuje, že třetina dotazovaných si myslí, že spíše není dostatečná a podle druhé třetiny z nich rozhodně není dostatečná. Část dotazovaných tuto skutečnost nedovedlo posoudit. Podle 16 respondentů je spíše dostatečná a pouze 4 respondenti se přiklání k plné dostatečnosti péče o osoby s TP v ČR.

Tabulka 19: Úroveň péče o osoby s TP v ČR

rozhodně je dostatečná	4
spíše je dostatečná	16
spíše není dostatečná	82
rozhodně není dostatečná	75
nedokážu posoudit	39



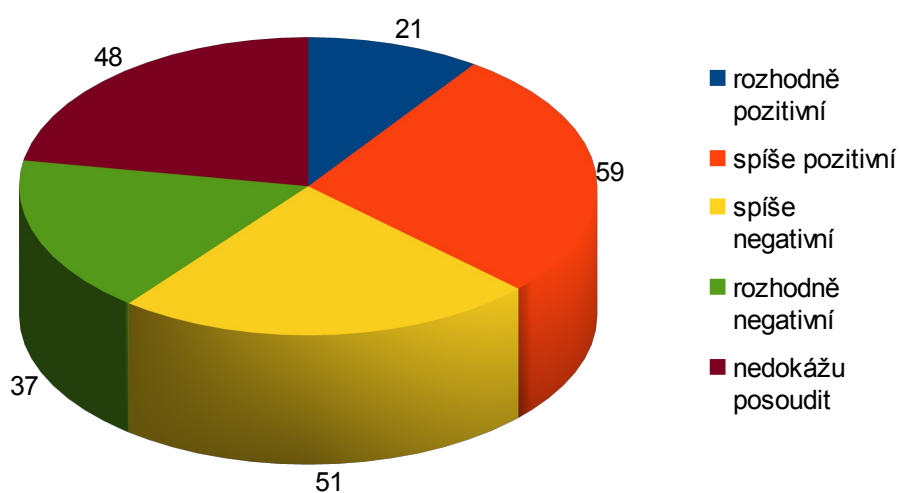
Graf 16: Úroveň péče o osoby s TP v ČR

Otázka č. 20: Jaký postoj, podle Vás, zaujímá společnost k lidem s tělesným postižením?

Dotazovaní měli posoudit jaký postoj zaujímá společnost k lidem s TP. Z níže uvedeného grafu č. 17 lze vyčíst vyváženost odpovědí. Čtvrtina dotazovaných se přiklání ke spíše pozitivnímu postoji společnosti, čtvrtina naopak ke spíše negativnímu postoji a necelá čtvrtina postoj společnosti nedokáže posoudit. Rozhodně negativní postoj společnosti k lidem s TP označilo 37 respondentů a rozhodně pozitivní 21 respondentů.

Tabulka 20: Postoj společnosti k lidem s TP

rozhodně pozitivní	28
spíše pozitivní	63
spíše negativní	107
rozhodně negativní	7
nedokážu posoudit	11



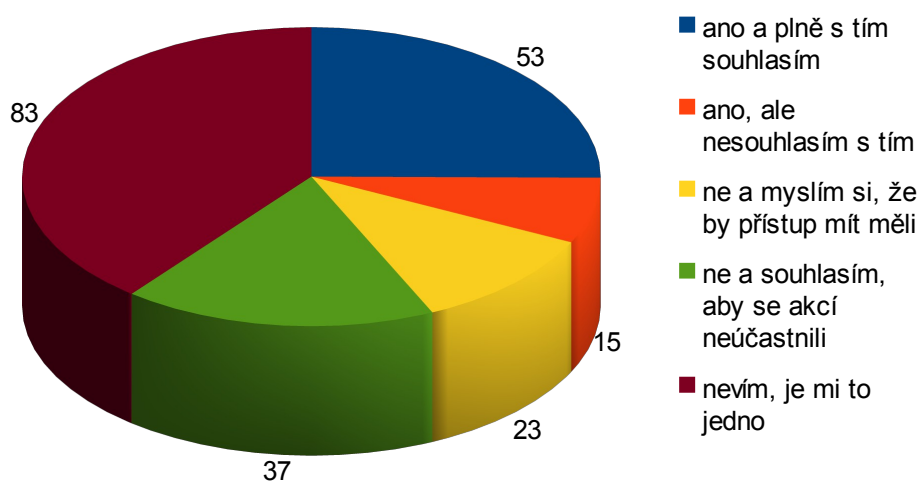
Graf 17: Postoj společnosti k lidem s TP

Otázka č. 21: Myslíte si, že společnost klade velký důraz na přístup osob s tělesným postižením na veřejná místa a veřejně konané akce?

Téměř polovina dotazovaných zaujala neutrální postoj k přístupu osob s TP na veřejně konané akce. 53 respondentů je přesvědčeno, že společnost klade velký důraz na přístup osob s TP na veřejné akce a místa – a s tímto postojem se ztotožňuje. Naopak 37 respondentů je přesvědčeno, že důraz není společností kladen a s tímto postojem souhlasí. Další skupinu tvoří 23 respondentů, podle kterých společnost důraz neklade, ale myslí si, že by jim měl být přístup umožněn. Nejméně početnou skupinou jsou respondenti přesvědčeni, že společnost přístup osobám s TP na veřejné akce a místa umožňuje, ale nesouhlasí s tím.

Tabulka 21: Přístup osob s TP na veřejné akce

ano a plně s tím souhlasím	53
ano, ale nesouhlasím s tím	15
ne a myslím si, že by přístup mít měli	23
ne a souhlasím, aby se akcí neúčastnili	37
nevím, je mi to jedno	83



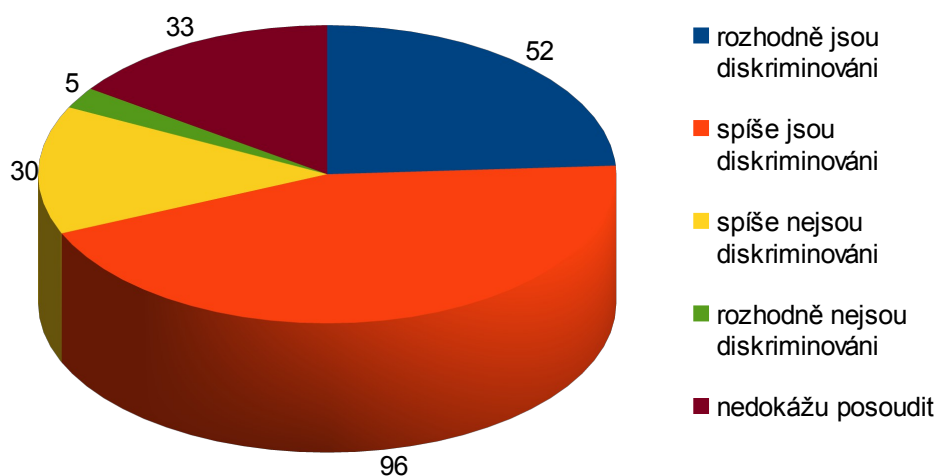
Graf 18: Přístup osob s TP na veřejné akce

Otázka č. 22: Domníváte se, že jsou lidé s tělesným postižením ve společnosti diskriminováni?

Z níže uvedeného grafu č. 19 je patrné, že téměř dvě čtvrtiny respondentů se přiklání k názoru, že osoby s TP spíše jsou diskriminovány. Další čtvrtina je přesvědčena, že rozhodně k diskriminaci dochází. 33 respondentů problém nedovedlo posoudit a 30 zastává názor, že spíše k diskriminaci nedochází. Zbylých 5 respondentů uvedlo v otázce diskriminace jasné ne.

Tabulka 22: Diskriminace osob s TP

rozhodně jsou diskriminováni	52
spíše jsou diskriminováni	96
spíše nejsou diskriminováni	30
rozhodně nejsou diskriminováni	5
nedokážu posoudit	33



Graf 19: Diskriminace osob s TP

Otázka č. 23: Co podle Vašeho názoru očekávají lidé s tělesným postižením od větší nové společnosti?

Respondenti mohli u této otázky označit více odpovědí. Podle respondentů osoby s TP nejčastěji od společnosti očekávají pomoc, nezájem nebo nevšímání si jejich postižení a hojně zastoupena je také možnost nic (viz. tabulka č. 12). Méně často respondenti vybírali možnosti: větší zájem o osoby s TP, větší zapojení společnosti do života lidí s TP, pocit života s lidmi a mezi nimi. Několik respondentů označilo soucit, 10 shodně doplnilo jinou možnost, konkrétně tedy finanční pomoc, a 7 respondentů byla zastoupena empatie.

Tabulka 23: Očekávání lidí s TP od společnosti

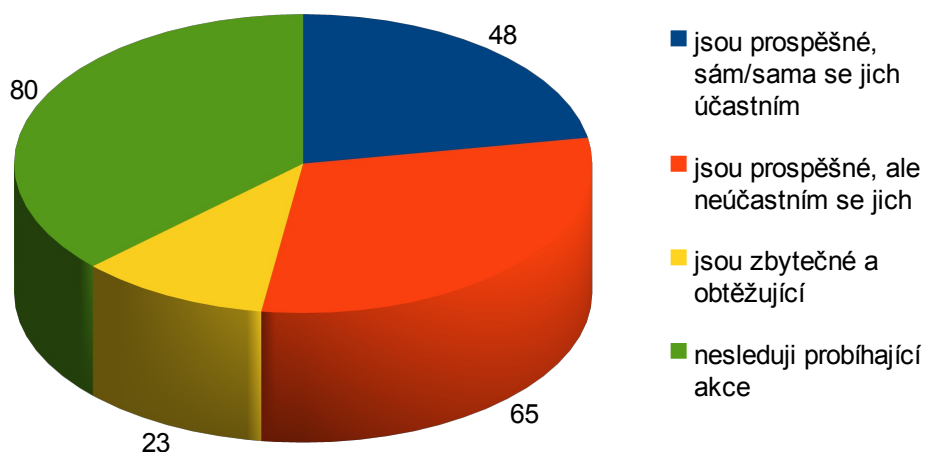
soucit	35
empatie	7
pomoc	162
pocit, že žijí s lidmi a mezi nimi	74
větší zájem společnosti o ně	81
Větší zapojení společnosti do jejich života	75
nezájem nebo nevšímání si jejich postižení	141
nic	139
jiná možnost –finanční pomoc	10

Otázka č. 24: Jaký máte názor na sbírky a charitativní akce ve prospěch lidí s tělesným postižením?

U této otázky se respondenti rozdělili do čtyř skupin. Nejhojněji zastoupenou skupinou jsou ti, kteří nesledují probíhající akce. Následuje skupina respondentů zastávající názor, že jsou prospěšné, ale sami se jich neúčastní. Třetí skupinu tvoří respondenti přesvědčení o prospěšnosti sbírek a charitativních akcí, kteří se jich účastní. Nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti, kterým zmíněné akce připadají zbytečné a obtěžující.

Tabulka 24: Názor na sbírky a charitativní akce

jsou prospěšné, sám/sama se jich účastním	48
jsou prospěšné, ale neúčastním se jich	65
jsou zbytečné a obtěžující	23
nesleduji probíhající akce	80



Graf 20: Názor na sbírky a charitativní akce

7.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz

V této bakalářské práci byly stanoveny dvě hypotézy, které se autorka snažila ověřit pomocí dotazníkového šetření. Na základě toho dospěla k následujícímu závěru:

Hypotéza č. 1

Obyvatelé měst častěji souhlasí se začleňováním osob s tělesným postižením do společnosti než obyvatelé vesnic.

Tato hypotéza byla potvrzena, viz. tabulka č. 9 s. 42, kdy se začleněním osob s TP – plně či jen částečně – souhlasila více jak polovina respondentů bydlících ve městě a necelá polovina respondentů z velkoměst. Naopak respondenti z vesnic častěji volili nesouhlas. Neutrálně se k této otázce stavěli nejčastěji respondenti z velkoměst.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena

Hypotéza č. 2

Lidé častěji získávají informace o osobách s tělesným postižením z mediálních zdrojů než z odborných časopisů a knih.

Tato hypotéza byla potvrzena, viz tabulka č. 11 s. 47, ze které vyplývá, že nejčastějším zdrojem získávání informací o životě a potřebách osob s TP, jsou mediální zdroje, které uvedla více než polovina z celkového počtu 216 respondentů. Ze skupiny mediálních zdrojů jednoznačně dominuje televize. Další dvě velmi početné skupiny tvoří respondenti, kteří informace čerpají z odborných článků na internetu nebo přímo od osob s TP. Nejméně respondentů uvedlo odbornou literaturu, školu a úplnou neinformovanost.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena

Závěr

Autorka tuto bakalářskou práci zaměřila na postoje společnosti k jedincům s tělesným postižením. Samotný výzkum předcházelo studium odborné literatury a nastínění tělesného postižení a některých problémů, které jej doprovází.

V teoretické části je definováno tělesné postižení, ale i další pojmy, které s ním souvisí, jako například zdravotní postižení nebo somatopedie. Dále je uvedeno dělení tělesného postižení, psychologické důsledky a stupně socializace.

Součástí teoretické části je také stručná charakteristika vývoje postojů společnosti k osobám s tělesným postižením od středověku až do současnosti. Nedílnou součástí postojů společnosti jsou také předsudky a mýty, které autorka zařadila na závěr teoretické části.

Druhá část bakalářské práce je věnována výzkumu postojů současné společnosti k jedincům s tělesným postižením. Byl vybrán náhodný vzorek obyvatel, kterému byl předložen dotazník vlastní konstrukce, který řádně vyplnilo 216 respondentů. Z dotazníku vyplývá, že obyvatelé měst se častěji staví pozitivně k začleňování osob s tělesným postižením do škol, kulturních akcí a zaměstnání než obyvatelé vesnic. Avšak z uvedených tří lokalit k této otázce přistupují nejlehkovážněji respondenti z velkoměst.

Z dotazníkového šetření je také zřejmé, že majoritní společnost nejčastěji získává informace o životě a potřebách osob s tělesným postižením z mediální zdrojů a to především z televize. Dalším, mezi respondenty, hojně rozšířeným zdrojem jsou odborné články na internetu a také informace přímo od osob s tělesným postižením. Nejméně zastoupenými zdroji informací jsou odborné publikace a informace získané ve škole. 7 respondentů dokonce uvedlo, že žádné informace o životě a potřebách osob s tělesným postižením nemá.

Z celkového průzkumu můžeme soudit, že postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením je spíše pozitivní. Avšak autorka by ráda z vlastních zkušeností uvedla, že postoj je především individuálním projevem osobnosti každého člověka. A to i přestože je ovlivněn mnoha faktory, jakými je například rodinné prostředí, lokalita ve které se jedi-

nec vyskytuje, názory vrstevníků, ustálené předsudky a velkou roli také hraje vnímání každého jedince.

Závěrem by autorka chtěla zdůraznit, že poznatky získané v této bakalářské práci platí pouze pro oslovené respondenty a v žádném případě nelze tyto informace považovat za obecně platné.

Obecná doporučení pro praxi

Autorka bakalářské práce, vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření, doporučuje následná opatření:

- Zvýšit informovanost široké veřejnosti o potřebách a celkové životní situaci osob s tělesným postižením.
- Získávat informace z odborných publikací nebo přímo navázat osobní kontakt s člověkem s tělesným postižením, například prostřednictvím dobrovolnických organizací.
- Publikovat nezkreslené informace o lidech s tělesným postižením, především v médiích.
- Zvýšit nabídku a možnost přístupu osobám s tělesným postižením na kulturní akce, veřejná místa a další společenské události.

Seznam použitých zdrojů

- KÁBELE, F., aj., 1993. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: UK. ISBN 80-7066-533-5.
- KRACÍK, J., 1983. *Kapitoly ze somatopedie: Socializace tělesně postižených jedinců*. 1. vyd. Praha: SPN.
- KRHUTOVÁ, L., 2011. Předsudky a mýty. In: MICHALÍK, J., aj. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MICHALÍK, J., aj., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MONATOVÁ, L., 1998. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-60-5.
- NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
- NOVOSAD, L., 2002. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – Somatopedie*. 1. vyd. Liberec: TU. ISBN 80-7083-563-X.
- PIPEKOVÁ, J., 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-65-6.
- SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, M., 1983. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. upr. vyd. Praha: SPN.
- TITZL, B., 1998. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: UK. ISBN 86039-30-7.
- VÍTKOVÁ, M., 1998. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: MU. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.
- VOTAVA, J., aj., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

DOTAZNÍK

„Postoj společnosti k jedincům s tělesným postižením“

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou speciální pedagogiky na Technické univerzitě v Liberci. Chci Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží ke zpracování výzkumné části mé bakalářské práce. Cílem práce je zjistit, jaké postoje zaujímá společnost k osobám s tělesným postižením.

Dotazník je anonymní a bude sloužit jen pro studijní účely. Prosím Vás proto o pravdivé odpovědi a ujišťuji Vás, že nebudou zneužity. Zvolenou odpověď, která se nejvíce blíží ke skutečnosti, označte nebo doplňte.

Za vyplnění dotazníku mnohokrát děkuji

Adriana Janošková

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

- a) do 18 let
- b) 18–30 let
- c) 31–45 let
- d) 46–60 let
- e) 61 a více

3. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen v oboru
- c) střední škola s maturitou
- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola

4. Povolání:

- a) student
- b) důchodce (invalidní i starobní)
- c) soukromý podnikatel
- d) zaměstnán ve státním sektoru
- e) zaměstnán v nestátním sektoru
- f) nezaměstnaný

5. Bydliště:

- a) vesnice (méně než 5 000 obyvatel)
- b) město (do 50 000 obyvatel)
- c) velkoměsto (Praha, Brno, Ostrava, Plzeň, Liberec, Ústí nad Labem apod.)

6. Máte nějaké zkušenosti s lidmi s tělesným postižením?

- a) s člověkem s tělesným postižením jsem nepřišel(a) do kontaktu
- b) lidi s tělesným postižením vídám občas ve společnosti (město, v obchodech apod.)
- c) člověka s tělesným postižením znám ze svého blízkého okolí
- d) s konkrétním člověkem s tělesným postižením mám blízký vztah
- e) s lidmi s tělesným postižením pracuji
- f) jiná možnost – jaká:.....

7. Jaké pocity ve Vás vyvolává setkání s člověkem s tělesným postižením?

(Můžete označit více možností.)

- a) dosud jsem se s člověkem s tělesným postižením nesetkal(a)
- b) přišlo mi to přirozené, stejně jako při setkání se zdravým člověkem
- c) měl(a) jsem problém podívat se dotyčnému do očí
- d) cítil(a) jsem soucit, lítost kvůli jeho postižení
- e) měl(a) jsem pocit, že mu musím pomoci
- f) nevšímal(a) jsem si ho
- g) měl(a) jsem zvláštní pocit, taková setkání jsou pro mě nepříjemná
- h) byl(a) jsem nejistý(á)
- i) měl(a) jsem strach
- j) jiná možnost – jaká:.....

8. Vyvolává ve Vás pohled na osobu s viditelným tělesným postižením negativní pocity?

- a) ano
- b) ne

9. Pokud byste se ocitl(a) v situaci, která by vybízela k pomoci osobě s tělesným postižením, pomohl(a) byste? (př.: pomoc při nástupu do MHD, podání zboží z police, kam nedosáhne apod.)

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nejsem si jist(a)

10. Vadilo by Vám, kdyby jste se měl(a) setkávat s člověkem s tělesným postižením pravidelně? (př.: na pracovišti)

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nejsem si jist(a)

11. Dokázal(a) byste se přátelit s člověkem s tělesným postižením?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

e) nejsem si jist(a)

12. Myslíte, že byste mohl(a) žít v partnerském vztahu s člověkem s tělesným postižením?

a) ano

b) ne

c) nejsem si jist(a)

13. Souhlasíte se začleňováním osob s tělesným postižením do škol, kulturních akcí, zaměstnání apod.?

a) rozhodně souhlasím

b) spíše souhlasím

c) spíše nesouhlasím

d) rozhodně nesouhlasím

e) nevím, je mi to jedno

14. Myslíte si, že začlenění dětí s tělesným postižením, do škol či tříd se zdravými dětmi, může negativně ovlivnit vývoj jedné ze zmíněných skupin?

a) ano, může to negativně ovlivnit zdravé děti

b) ano, může to negativně ovlivnit děti s tělesným postižením

c) ne, naopak to pozitivně ovlivní zdravé děti

d) ne, naopak to pozitivně ovlivní děti s tělesným postižením

e) ovlivní to pozitivně obě skupiny

f) neovlivní to ani jednu skupinu

g) nedokážu posoudit

15. Měli by, podle Vašeho názoru, mít lidé s tělesným postižením právo počít potomka?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

16. Myslíte si, že by těhotná žena, u které bylo zjištěno vysoké riziko narození dítěte s tělesným postižením, měla podstoupit interrupci?

- a) ano
- b) ne
- c) je to pouze její rozhodnutí

17. Máte nějaké informace o životě a potřebách osob s tělesným postižením?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) více vědět nepotřebuji

18. Z jakých zdrojů nejčastěji získáváte informace o lidech s tělesným postižením?

- a) rozhlasové stanice
- b) noviny (Mladá fronta DNES, Blesk,...)
- c) časopisy (Tina, Vlasta, Květy,...)
- d) televize
- e) škola

- f) odborné časopisy, odborné knihy
- g) nemám žádné informace o lidech s tělesným postižením
- h) jiná možnost – jaká:.....

19. Domníváte se, že péče o osoby s tělesným postižením, je v České republice dostatečná?

- a) rozhodně je dostatečná
- b) spíše je dostatečná
- c) spíše není dostatečná
- d) rozhodně není dostatečná
- e) nedokážu posoudit

20. Jaký postoj, podle Vás, zaujímá společnost k lidem s tělesným postižením?

- a) rozhodně pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) spíše negativní
- d) rozhodně negativní
- e) nedokážu posoudit

21. Myslíte si, že společnost klade velký důraz na přístup osob s tělesným postižením na veřejná místa a veřejně konané akce?

- a) ano a plně s tím souhlasím
- b) ano, ale nesouhlasím s tím
- c) ne a myslím si, že by přístup mít měli
- d) ne a souhlasím, aby se akcí neúčastnili
- e) nevím, je mi to jedno

22. Domníváte se, že jsou lidé s tělesným postižením ve společnosti diskriminováni?

- a) rozhodně jsou diskriminováni
- b) spíše jsou diskriminováni
- c) spíše nejsou diskriminováni
- d) rozhodně nejsou diskriminováni
- e) nedokážu posoudit

23. Co podle Vašeho názoru očekávají lidé s tělesným postižením od většinové společnosti? (Můžete označit více možností.)

- a) soucit
- b) empatii
- c) pomoc
- d) pocit, že žijí s lidmi a mezi nimi
- e) větší zájem společnosti o ně
- f) větší zapojení společnosti do jejich života
- g) nezájem nebo nevšímání si jejich postižení
- h) nic
- i) jiná možnost – jaká:.....

24. Jaký máte názor na sbírky a charitativní akce ve prospěch lidí s tělesným postižením?

- a) jsou prospěšné, sám/sama se jich účastním
- b) jsou prospěšné, ale neúčastním se jich
- c) jsou zbytečné a obtěžující
- d) nesleduji probíhající akce